

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO									
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1248	CENTRO DE SALUD CHONE	C	1310860612		---									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
MENDOZA	ZAMBRANO	JAVIER		ALEXANDER	M	08/07/1992	32	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A													
			X													
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐									
0986382910				MOTIVO												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.												
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.												
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.												
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.												
MANABI				5. Problemas de infraestructura.												
CHONE				6. Problemas de abastecimiento.												
CHONE				7. Insuficiencia de profesionales.												
				8. Inadecuada capacidad resolutive												
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MASCULINO DE 32 AÑOS DE EDAD, CON CC DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DERMATITIS ATÍPICAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	DERMATITIS ATÓPICA, NO ESPECIFICADA	L209	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/11/2024	10:00:00	ROBERT	PEÑARRIETA	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1313675108				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO