

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									
MSP	1245	CS 24 H JUNIN	C	1311317679	1311317679									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
INTRIAGO	AVILA		DOLORES		ALBERTINA	M	22/02/1984	41	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐	MOTIVO					
0939405791 / sitio balsa tumbada afuera				1. Accesibilidad geográfica.						6. Problemas de abastecimiento.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.						7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.						8. Inadecuada capacidad resolutiva			
MANABI	JUNIN		JUNIN		4. Equipos en mal estado.						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				5. Problemas de infraestructura						☒				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 41 años de edad, con app de HTA bajo tto con enalapril 20MG QD. Acude a consulta de control subsecuente. Refiere lesión de aspecto verrugosa en 1er dedo de la mano izquierda, que provoca dolor al ser presionada al agarrar objetos, no prurito, no sangrado de 2 años de evolución

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE=PRE-SUNTIVO		DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	VERRUGA VIRICA		B07X	☒		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	12:29	RONALD	LOOR	OUIROZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA SELLO			
1312184177				

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=PRE-SUNTIVO		DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						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			