

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		1268	CS Agua Fria		A	1312066317			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
Deano		Cevallos		Gema		Katherine		M	26-05-83
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0997932965 - 0981331498		PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica		6. Problemas de alojamiento		7. Insuficiencia de profesionales	
Simaquí Junín Junín				2. Falta de espacio físico		7. Insuficiencia de profesionales		8. Inadecuada capacidad resolutiva	
				3. Falta de equipamiento		8. Inadecuada capacidad resolutiva		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
				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		Hospital Napo de Dávila C.		Consulta ext.		Dermatología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente femenina de 33 años de edad con app de vitiligo de 5 años de evolución, aguda a solicitar referencia para continuar su tratamiento en especialidad, al momento no presenta lesiones cutáneas pruriginosas en brazos, piernas, de 3 semanas de evolución.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Exámenes de laboratorio. Hem: 51.3 - Hg: 16.5 - PA: 125/76 - Temp: 36.2 - FR: 18 - FC: 82 - Sd: 95%	

E. DIAGNÓSTICO							
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVA	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Vitiligo		L80X	X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26-08-2025	12:00	Juz	Mendoza	Campos
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1304278326		Luz Mendoza C.		
Dra. Luz Mendoza Campos ESPECIALISTA EN NEUMONÍA, BELLO FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1028-2022-2477525				

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 (dd-mm-aa)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO							
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVA	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		BELLO