

## ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                            |                |                                  |                   |                                                                                                                                                       |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|----------------------------|----------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | TIPOLOGÍA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                                                                                                                       |                         |   |   |   |
| MSP                                   | 1314             | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES | II             | 1312118258                       | 1312118258        |                                                                                                                                                       |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE              | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                                                                                                                  | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              | ALCIVAR          | ANALI                      | GABRIELA       | M                                | 13/05/1989        | 26                                                                                                                                                    | H                       | D | M | A |
| Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                 |                | DERIVACIÓN                       |                   | MOTIVO                                                                                                                                                |                         |   |   |   |
| 997987256                             |                  | X                          |                |                                  |                   | 1. Accesibilidad geográfica<br>2. Falta de espacio físico<br>3. Faltas de equipamiento<br>4. Equipos en mal estado<br>5. Problemas de infraestructura |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARRISIA                   |                |                                  |                   |                                                                                                                                                       |                         |   |   |   |
| MANABI                                | CHONE            | CHONE                      |                |                                  |                   |                                                                                                                                                       |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                            |                |                                  |                   |                                                                                                                                                       |                         |   |   |   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                 |              |
|-------------------------|--------------------------|-----------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO        | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL H. ALCIVAR      | CLINICA EXTERNA | DERMATOLOGÍA |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 36 AÑOS DE EDAD QUE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 6 meses DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR MANCHAS DE PIGMENTACIÓN DE COLOR MARRON OSCURO EN AMBAS MEJILLAS LAS CUALES ANIDO AUMENTANDO SU EXTENCIÓN  
ADEMAS HACE UNAS SEMANAS PRESENTA UNA LESION DERMICA DELIMITADA PLANA LEVEMENTE ESCAMATIVA DE MAS O MENOS 2 CENTIMETRO EN LA COMISURA OCULAR IZQUIERDA LA CUAL PRODUCE PRURITO  
PRESENTA LESIONES PLURIGINOSAS EN TODO EL TORAX Y AXILA

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

| EXAMEN PRELIMINAR                      | DEF. DEFINITIVA | DE   | PRE | DEF | CI | PRE | DEF |
|----------------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|
| 1. CLOASMA                             |                 | L811 |     | X   |    |     |     |
| 2. DERMATITIS ATÓPICA, NO ESPECIFICADA |                 | L209 | X   |     |    |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                                                         |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (AAAA-MM-DD)                    | HORA (HH:MM) | PRIMER NOMBRE                                                                           | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 04/05/2026                            | 8:30         | GEORGE                                                                                  | CUSME           | MENENDEZ         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | Firma                                                                                   |                 |                  |
| 13121185694                           |              |                                                                                         |                 |                  |
|                                       |              | Dr. George Cusme<br>MÉDICO CIRUJA<br>REG. SENESCYT # 1009-1-704<br>R.Q. MSP 13121185694 |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

## 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

| EXAMEN PRELIMINAR | DEF. DEFINITIVA | DE | PRE | DEF | CI | PRE | DEF |
|-------------------|-----------------|----|-----|-----|----|-----|-----|
| 1. DIAGNÓSTICO    |                 |    |     |     |    |     |     |

## 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         |                 |                  |
|                                       |              | SILLO         |                 |                  |

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA