

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	
ISS		1421	HOSPITAL BASCO CHONE			1312576598		659541	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
MOREIRA		LOOR		GRITHIAN		RICARDO		M	24/05/1994
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LOOR		GRITHIAN		RICARDO		M	24/05/1994
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PROVINCIA		CHONE		CHONE		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		H D M A	
MANABI		CHONE		CHONE		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		X	
REFERENCIA		X		DERIVACIÓN		MOTIVO		X	
1. Accesibilidad geográfica.		2. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		4. Equipos en mal estado.		5. Problemas de infraestructura.	
6. Problemas de abastecimiento.		7. Insuficiencia de profesionales.		8. Inadecuada capacidad resolutiva.		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	
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORCOVA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		DERMATOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONTROL DE ALOPECIA AREATA DE LARGA DATA QUE SE ACOMPAÑA DE PRURITO. EN TRATAMIENTO NO ESPECIFICADO SIN MEJORA CLÍNICA.	
AL EXAMEN FÍSICO. CP: RÍTMICO NO SOPLOS MV CONSERVADO. ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA NORMALES	
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS NO EDEMAS.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO	
1. ALOPECIA AREATA	PRE+ PRESUNTIVO DEF+ DEFINITIVO
2.	CIE L639
3.	PRE X
4.	DEF
5.	
6.	

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
07/03/2025	15H30
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
1306403930	
PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
CARLOS	MUÑOZ
SEGUNDO APELLIDO	SANTANA
Dr. Carlos Muñoz Santana	
MEDICO CIRUJANO	
Pediatria - Medicina General	
Cod. Col. Med. # 1706	
FONO: 088-553757	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA 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	

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	
1.	PRE+ PRESUNTIVO DEF+ DEFINITIVO
2.	CIE
3.	PRE
4.	DEF
5.	
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)
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
SEGUNDO APELLIDO	
FIRMA	SELLO