MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1246	CS TOSAGUA	C	1313297671	1313297671

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
MEDRANDA	LOOR	MARIA	VIVIANA	F	26/11/1988	36				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
0939968530 - 0980618173	Afiliado Seguro Campesino

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.	
2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.	X
3. Falta de equipamiento.	X	8. Inadecuada capacidad resolutiva	
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 NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA CON APP DE ANEMIA SEVERA EN EL EMBARAZO, MADRE EN LACTANCIA DESDE HACE 7 MESES, REFIERE LESIONES DERMATOLOGICAS, TIPO ROSETA DISEMINADOS EN TODO EL CUERPO DE +/- 6 MESES DE EVOLUCION ACOMPAÑADO DE INTENSO PRURITO QUE SE EXACERBAN EN EL DIA, NO RELACIONADO CON EL CALOR, ACOMPAÑADO EN OCASIONES DE AMPOLLAS. NIEGA OTROS SINTOMAS. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACION DERMATOLOGICA

LESIONES DERMATOLOGICAS, TIPO ROSETA EN PECHO, SENOS, ABDOMEN, CARA ANTERIOR DE MIEMBROS INFERIORES Y ESPALDA BAJA. CENTRO ESCAMOSO DE BORDES DEFINIDOS DE COLOR ROSACEO DE VARIABLE TAMAÑO ENTRE 0.5 - 1.5 cm DE DIAMETRO.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	PITIRIASIS VERSICOLOR	B360		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/01/2025	11.30 am	JUAN JOSÉ	ZAMBRANO	PINCAY

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1310509771	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	

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	TIPOLOGIA	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

		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