

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1313443176		1313443176							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
RODRIGUEZ		LOOR		WILTER		GEOVANNY	H	26/12/1977	48	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN		☐	MOTIVO				
0994637326 / 0978751639		MSP		1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.				☐
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		3. Falta de espacio físico.		3. Falta de equipamiento.		☒	8. Inadecuada capacidad resolutiva		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				☒
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA C	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 47 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE MEDICO PERSONAL DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 40% + PRESUNTIVA ENFERMEDAD ALERGICA DE LARGA DATA, ACUDE CON SU MADRE, REFIRIENDO MASA EN CARA DE MÁS DE 1 AÑO DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE NO ATRIBUIBLE A INGESTA DE ALIMENTO, MEDIACIÓN U PICADURA DE INSECTO, AL EXAMEN FISICO PRESENTA MASA EN HEMICARA IZQUIERDA DE CONSISTENCIA BLANDA QUE OCUPA TODO EL POMULO IZQUIERDO, CON UNA COLORACION ROSADA, DE TAMAÑO DE 10 X 7CM APROXIMADAMENTE ACOMPAÑADO DE LESIONES CUTANEAS TIPO HABONES, ERITEMATOSAS, PRURIGINOSAS DE DISTRIBUCIÓN VARIABLE EN ABDOMEN. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, SE INICIA TRAMITE DE GESTIÓN PARA UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA MANEJO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNO DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO, NO ESPECIFICADO		L989		X	4.			
2.	DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA		L239		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-22.	09:40:00.	JULIO	ZAMBRANO	JIMENEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311627598				

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)

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

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	