

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA						
IESS	002609	DISPENSARIO SAN PABLO 1	CENTRO DE SALUD TIPO A	131352635-0	2698					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RIVAS	MOLINA	SANDRA	ELIZABTEH	F	1996-04-25	29	H	D	M	A
				X	DERIVACIÓN					
N/T				0						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		6. Problemas de abastecimiento.						
MANABI	CHONE	SAN ANTONIO		7. Insuficiencia de profesionales.						
				8. Inadecuada capacidad resolutoria.						
				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	SERVICIO	Especialidad
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	HOSPITAL IESS CHONE	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

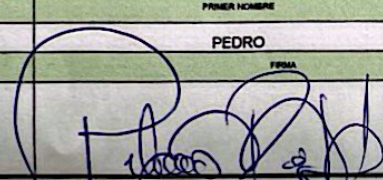
PACIENTE DE SEXO FEMENINA 29 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE POR CONTROL MEDICO ESTABLE, REFIERE QUE ESTA EN TTO. MEDICO CON DERMATOLOGO PARTICULAR POR DIAGNOSTICO DE PSORIASIS. SE EMITE REFERENCIA PARA QUE SEA VALORADA POR SU ESPECIALIDAD.

SEGURO SOCIAL CAMPESINO
ZONA 4 DISTRITO 13D07
Dispensario SAN PABLO 1
Código 112410113019

E. DIAGNOSTICO

1. PSORIASIS	L40.9	PRE	DEF	4.	CE	PRE	DEF
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-14	9:30 a. m.	PEDRO	LOOR	RODRIGUEZ
1307983690				
				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

1.	PRESELECCIONADO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	4.	CE	PRE	DEF
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	FPBA	SELLO		