

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			
ESA	1421	HOSPITAL BASCO CHONE		1314084047	787994			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
MOLINA	LOPEZ	ANNY	ELIZABETH	F	1993/05/25	32	H D M A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica				
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIA	2. Falta de espacio físico					
MANABÍ	CHONE	CHONE	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				X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MPS	NAPOLEON DAVILA CORDONA	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 32 AÑOS SE REALIZA CITA PRO CUADRO DE DERMATITIS AHORA CON TTO NO MEJORA VALORARA PARTRICULAR POR DERMAOTLIGIA QUIEN INDICA EXAMENS NO ME TRAE SO LCITIA CITA CON DERMATITLSIOA POR PRUEBA IGE ELEVADA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRI	DEF	CIE	PRI	DEF
1. L209 DERMATITIS ATOPICA		L209		X			
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/08/2025	11:00	ROSSY	PARRALES	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311879322				

Dra. Rossy Parrales Giler
MEDICINA FAMILIAR
CI: 1311879322
RFO: SENEYC CU-15-14469

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	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

F. DIAGNÓSTICO	PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRI	DEF	CIE	PRI	DEF
1.							
2.							
3.							

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