

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP		UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		TIPOLOGÍA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO ZAMBRADO	SEGUNDO APELLIDO RIVAS		PRIMER NOMBRE CLARA		SEGUNDO NOMBRE MICHELLE	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 23/07/96	EDAD 28	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A 8
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0980044428			REFERENCIA 8		DERIVACIÓN				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica		MOTIVO				
PROVINCIA MANABI	CANTÓN Chone	PARROQUIA Chone	2. Falta de espacio físico		6. Problemas de abastecimiento				
			3. Falta de equipamiento		7. Insuficiencia de profesionales				
			4. Equipos en mal estado		8. Inadecuada capacidad resolutoria				
			5. Problemas de infraestructura		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL NAPOLEON D	SERVICIO C- EXTERNA	ESPECIALIDAD DERMATOLOGIA
--------------------------------	---	------------------------	------------------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 28 años con cuadro clínico de varios meses de evolución caracterizado por lesión elevada de naturaleza, en terna, pruriginosa y fuertemente dolorosa en la cara en región parotidomaxilar izquierda.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Verrugas virales			B07X	X				

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 06/11/2024	HORA (hh:mm) 08:00	PRIMER NOMBRE Taynova	PRIMER APELLIDO Silva	SEGUNDO APELLIDO Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312582487		FIRMA 	SELLO Taynova Silva Zambrano MEDICO	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	

