

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					
MSP		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1315624518			1315624518					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
CEDENO		ZAMBRANO		ANGELA		SENEPSIS		F	3/12/2000	24				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
962575489				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X X						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI	FLAVIO ALFARO		FLAVIO ALFARO											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGIA

PACIENTE DE SEXO FEMENINO 24 AÑOS APP. ALERGIA CUTÁNEA NO ESPECIFICADA . AL MOMENTO ACUDE POR PRURITO ERITEMA GENERALIZADA . REQUIERE VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA . AL MOMENTO EXAMEN FÍSICO ACTUAL AFEBRIL CUELLO SIMÉTRICO NO MASAS NO ADENOPATÍAS TORAX SIMÉTRICO NO MASAS NO ADENOPATÍAS PALPABLES CAMPOS PULMONARES CLAROS VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS ABDOMEN NO DOLOR DEPRESIBLE RUIDOS AUDIBLES NO VISCEROMEGALIAS EXTREMIDADES NO EDEMAS SIMÉTRICAS NO ADENOPATÍAS SIGNOS VITALES PRESIÓN 120/70MMHG PULSO 80x T36.7°C. SATURACIÓN 98% RESPIRACIÓN 20 GLASGOW 15/15. SE REQUIERE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGIA.

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD
TEST DE ALERGIAS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ALERGIA NO ESPECIFICADA		T784	X		4.	ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X
2.						5.			
3.						6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/2/2025	14:00	RÓMULO	MUÑOZ	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		ELLO	
1312022369	RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA		Firmado electrónicamente por: ROMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA	

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

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

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
		DEF= DEFINITIVO						
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

ET INSTRUMENTS RECOMMANDÉS POUR L'ÉVALUATION DE CHAQUE AS QUE SE CONVIENDRA	

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