

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <i>Ortiz</i>	Apellido materno <i>Zambrano</i>	Nombres <i>María Patricia</i>	Fecha de Nacimiento Día: <i>07</i> Mes: <i>02</i> Año: <i>2008</i>	Edad <i>16</i>	Sexo <i>M</i>
Nacionalidad <i>Ecuador</i>	País <i>Ecuador</i>	Cédula de Ciudadanía o Pasaporte <i>1315755718</i>	Lugar de residencia actual <i>Huay Chino</i>	Dirección Domicilio <i>Chono</i>	N° Telefónico <i>0986873382</i>
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia
Calle Principal y Secundaria			Convencional/Celular		

II. REFERENCIA: ☒ DERIVACIÓN: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <i>HSP</i>	Hist. Clínica No. <i>1315755718</i>	Establecimiento de Salud <i>CS San Pablo</i>	Tipo <i>A</i>	Distrito/Área <i>1307</i>
Refiere o Deriva a: <i>Derivación</i>				
Entidad del sistema <i>HSP</i>	Establecimiento de Salud <i>HNDG</i>	Servicio <i>Derivación</i>	Especialidad <i>Dermatología</i>	Fecha Día: <i>30</i> Mes: <i>09</i> Año: <i>2024</i>

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria ☒ Saturación de capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesio ☐ Otros /Especifique: ☐
Falta de profesional ☒

3. Resumen del cuadro clínico

Señor paciente de 16 años de edad, sexo masculino, Agente de presentarse nuevo que ha aumentado de tamaño que provoca prurito de varios días de evolución por lo que solicita valoración y tratamiento especializado

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1 <i>Nervo Metacráneo del miembro superior, izquierdo el hombro</i>	<i>D226</i>		☒
2			

Nombre del profesional: *Dr. Erika López Rodríguez* Código MSP: *236* Firma: *[Firma]*

III. CONTRAREFERENCIA: ☐ REFERENCIA INVERSA: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Código

Firma: