

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	1280	CS Agua Fria	A	1315855039			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Alvarado	Solozgano	Robert	Alexander		11-08-97	17	H D M A
NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN			MOTIVO
0992507496 - 0998842028		☒		☐			6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios
PROVINCIA	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	CANTÓN	PARRISHIA				
Mandujino	Junín	Junín	Junín				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. Mapaleon Davila	consulta-Externa	Dermatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Adolescente de sexo masculino de 17 años de edad con app de artroes reumatoidea juvenil idiopática de 1 año 3 meses. de evolución es atenuada por presentar lesiones eritematosas, pruriginosas, en espalda, pecho (trunca) farsies y parte proximal de los brazos excepto en los miembros inferiores.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

160.53, 64. Caltas 164. onts. PA. 114/74. Hmg. FR 18. FC 72
SAT 98.6.

DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
Dermatitis Atópica, no especificada		1209 x						

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14-06-25	15:00	Luz	Mendoza	Campos
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FRMA			
1304278326	Luz Mendoza			

Dra. Luz Mendoza Campos
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA
REG. SENESCYT: 1022-2022-2477828

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	HORA	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO