

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1316122173								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
INTRIAGO		ROMERO		MELANY		VALERIA		F	20/08/2008	17	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCIÓN		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0979580933-0998641018		MSP	CALLE VICENTE MENDOZA							6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		JUNIN		JUNIN		X								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		DERMATOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ALERGIAS A REPETICION ANTERIOR QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIONES EN PIEL DE BRAZOS, PIERNAS Y ABDOMEN EN FORMA DE MANCHAS HIPERCROMICAS QUE SE VARIA A HIPOCROMICAS ALTERNANDOSE A CAMBIOS DE TEMPERATURA Y AL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES QUE MEJORA PERO QUE LUEGO SE AGUDIZA, CAUSAN MUCHO PRURITO EN LA ZONA AFECTADA. HA LLEVADO TRATAMIENTO RECIENTE PARA GIARDIA LAMBDA, SIN EMBARGO CUADRO CLINICO EN PIEL SE HA MANTENIDO.

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CE	PRE	DEF			CE	PRE	DEF
1.	PITIRIASIS VERSICOLOR			B360		X	4.				
2.							5.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/11/25	10:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1309015111						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319	

G.EVALUACIONDELAREFERENCIA/DERIVACION

REFERENCIAJUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACIÓNJUSTIFICADA		SI		NO	
CONTRAREFERENCIA						REFERENCIA INVERSA					

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CE	PRE	DEF			CE	PRE	DEF
1.							4.				
2.							5.				

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	