

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HBAGA		B	1316964673		1316964673	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD	H D M A
SACON		VELEZ		MATHIEUS		JHOSUE		M	2011-01-06 15
0988988790 - 0989282079				X		DERIVACIÓN		MOTIVO	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento		X	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales		X	
13	BOLIVAR	CALCETA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria		X	
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
				5. Problemas de infraestructura					
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 CLÍNICO									
PACIENTE MASCULINO DE 15 AÑOS DE EDAD. REFIERE QUE HACE 10 AÑOS PRESENTO UNA HERIDA POR VIDRIO POR LO QUE HA PRESENTADO CAMBIOS DE FORMA Y COLOCACIÓN DE CICATRIZ QUIRÚRGICA LOCALIZADA EN CARA POSTERIOR DE PIERNA IZQUIERDA Y DOLOR QUE DIFICULTA LA MARCHA									
E. DIAGNÓSTICO									
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	CICATRIZ HIPERTROFICA	L910	X						
2.	QUELOIDE			X					
3.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
23/02/2026		9.00a.m		JANETH		MASAPANTA		ZAPATA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO					
1204015455									
G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/ DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	X	NO	
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA					
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	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 CLÍNICO									
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS									
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS									
F. DIAGNÓSTICO									
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				
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					