

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		1410	HERNÁNDEZ		0	1317581146		1317581146	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
LOOZ		QUILME		ANALIA		M	11/08/2009	15	H ☐ D ☐ M ☐ A ☒
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
0986399805				X		X		1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipo en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad reactiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		CANTÓN		PARROQUIA					
PROVINCIA		EJEMPLAR		C.N. 313					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
H.S.N.		CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD, CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA, QUIEN COMPLETÓ SU TRATAMIENTO CON ANTIMONIATO DE MEGLUMINA (5 ML IM QD POR 20 DÍAS), INICIADO EL 17/09/2024 Y FINALIZADO EL 17/10/2024. HOY 10/02/2025 ACUDIÓ A SU ÚLTIMO CONTROL POST-TRATAMIENTO. ACUDE POR MANTENER LESIÓN A NIVEL DE LA CARA CON BORDES BIEN DEFINIDOS BASE INDURADA CON FONDO LIMPIO DE COLOR ROSADA Y TEJIDO GRANULOSO LLEVA MAS O MENOS 8 MESES CON LA LESIÓN POR LO QUE SE SUGIERE VALORACIÓN CON SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
PACIENTE QUE CULMINO EL TRATAMIENTO DE LEISHMANIASIS 17/09/2024	

E. DIAGNÓSTICO	
1. LEISHMANIASIS CUTÁNEA	CE B551 PRE DEF X 4.
2.	5.
3.	6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
2025-03-06	12:00	MARCO	CEDEÑO
1311550667		Dr. Marco Antonio Azúa Cedeño ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL C.I.: 1311550667	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA

A. 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

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	
1.	CE PRE DEF 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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO	

SHOT ON POCO X3 NFC