

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	1350286660								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PINOS		VASQUEZ		ANDREA		SULEIKA		F	12/11/2003	22	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0996252289		IESS	CDLA. EL MAESTRO-PORTOVIEJO							MOTIVO				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										6. Problemas de abastecimiento.				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA						7. Insuficiencia de profesionales.				
MANABI		PORTOVIEJO		PORTOVIEJO						8. Inadecuada capacidad resolutiva				
										9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
										X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIONES EN PIEL DE CARA, BRAZOS Y ESPALDA EN FORMA DE PLACA DESCAMATIVA QUE CAUSA PRURITO INTENSO, ADEMAS REFIERE REALIZAR TRATAMIENTO CON CREMAS ESTEROIDEAS QUE OFRECEN MEJORIAN CLINICA TEMPORAL Y LUEGO APARECIAN NUEVAMENTE.

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CE	PRE	DEF			CE	PRE	DEF
1.	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA		L209			X	4.				
2.							5.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/11/24	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	