

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                                   | 1246             | CS. TOSAGUA              | C              | 1350673388                                                                                                                                                             | 1350673388        |      |                                                                                                                                                           |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                                                                                                                                   | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                                                                   |   |   |   |
| GÓMEZ                                 | MOREIRA          | DANIEL                   | ALFREDO        | H                                                                                                                                                                      | 25/04/2009        | 16   | H                                                                                                                                                         | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | TIPO DE COBERTURA        | REFERENCIA     | X                                                                                                                                                                      | DERIVACIÓN        |      | MOTIVO                                                                                                                                                    |   |   |   |
| 0964142232 / 0997690635               |                  |                          |                |                                                                                                                                                                        |                   |      | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |   |   |   |
| PROVINCIA                             |                  | CANTÓN                   | PARROQUIA      |                                                                                                                                                                        |                   |      |                                                                                                                                                           |   |   |   |
| MANABÍ                                |                  | TOSAGUA                  | TOSAGUA        | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                                                                                                                                                           |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                            |                  |              |
|-------------------------|--------------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                   | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL G. DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA" | CONSULTA EXTERNA | DERMATOLOGÍA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE MASCULINO DE 16 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA, LLEVA TRATAMIENTO CON ACIDO VALPROICO DE 500MG TID. ACUDE POR AUMENTO DE VOLUMEN EN ANTEBRAZO IZQ. AL EX. FISICO: SE OBSERVA UN AUMENTO DE VOLUMEN EN ANTEBRAZO IZQUIERDO DE 1cm DE DIÁMETRO APROXIMADAMENTE QUE IMPRESIONA SER VASCULAR RESTO DEL EX. FISICO NADA PERTINENTE A SEÑALAR... SE REFIERE A DERMATOLOGÍA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEFINITIVO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL EX. FISICO: SE OBSERVA UN AUMENTO DE VOLUMEN EN ANTEBRAZO IZQUIERDO DE 1cm DE DIÁMETRO APROXIMADAMENTE QUE IMPRESIONA SER VASCULAR.?

E. DIAGNÓSTICOS

|                                                          | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |   | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------|--------|------------|------------|---|--------|-----|-----|
| 1 TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA F | D485   |            | X          | 4 |        |     |     |
| 2 HEMANGIOMA                                             | D180   | X          |            | 5 |        |     |     |
| 3                                                        |        |            |            | 6 |        |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |               |                 |                 |                  |
|---------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)  | PRIMER NOMBRE   | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 24/12/2025                            | 4:00:00 p. m. | LUIS ABEL       | MARTINEZ        | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA         | SELLO           |                 |                  |
| 1803403326                            |               | MEDICO FAMILIAR |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | 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 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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |