

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						
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1350730139		1350730139						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SABANDO		ZAMBRANO		ANA		NICOLLE	M	26/06/2008	16	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN					
0994932881		IESS GENERAL		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO					
				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.					
				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.					
				4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive					
				5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA									
MANABI		TOSAGUA		TOSAGUA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE DE 16 AÑOS ACUDE POR PRESENTAR LESIONES MACULOPAPULARES DIFUSAS EN CARA TORAX Y ESPALDA DE 2 AÑOS DE EVOLUCION
AL MOMENTO DE EVIDENCIAN LESIONES IMPETIGINIZADAS ERITEMATOSAS EN CARA, QUE GENERAN DOLOR A LA PALPACION SE
SOLICITA VALORACION POR DERMATOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.		ACNE CONGLOBADO	L701		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/01/2025	12:56:00	FELIX		VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1309637757				DISTRITO DE SANTIAGO 3012 Félix Humberto M. Per MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2022-2414983 Dr. ESPECIALISTA EN REG. SENESCYT: 1027	

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 TERAPEÚTICOS 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	