

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	1352737553								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SANCHEZ		BRAVO		THIAGO		DAVID		M	9/11/2017	7	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0979874568-0979981794		NO	CERRO DE JUNIN											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		JUNIN		JUNIN										
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.														
MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 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		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		DERMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR LESIONES EN PIEL DE AXILAS, REGION INGUINAL Y GLUTEA, QUE HA LLEVADO TRATAMIENTO CON TRACOSZ EN CREMA DERMICA AL 0,3% SE APLICA 2 VECES AL DIA DESPUES DE LIMPIARSE LA PIEL, DERMABON EN JABON SE BAÑA CON EL, RESPIREX EN JARABE TOMAR 5 CC CADA 12 HORAS POR 10 DIAS, TERBINAFINA EN TABLETAS DE 250 MG TOMA UNA TABLATA MEDIA TABLETA TRATAMIENTO INDICADO POR 10 DIAS, DESPUES DE LA MERIENDA CON POCA MEJORIA CLINICA. NO SINTOMAS ASOCIADOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

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	
2025/02/27	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.						4.			

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			