

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	120P	CS Agua Santa	A	1352861577				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
Jooe	Lopez	Keylor	Josue	H	05-05-18	6	H D M A	
NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO				
0986415585		☒	☐	☐			☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.					☐	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.					☐
Manabí	Junín	Junín	3. Falta de equipamiento.					☐
			4. Equipos en mal estado.					☐
			5. Problemas de infraestructura.					☐
			6. Problemas de abastecimiento.					☐
			7. Insuficiencia de profesionales.					☐
			8. Inadecuada capacidad resolutiva.					☐
			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	Hosp. Napoleón Durán	Consulta - Extern	Dermatología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Escalar de 6 años con app de lesiones pruriginosas cutemalosas de gran intensidad en tronco y extremidades excepto en fascies y de aproximadamente un año de evolución.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

BH: W-B 84. 10.. RBC 4.38. HGB 11.0mg/dcl. Hct 34% VCM 78. IgG 219.2 UI/ml. Peso 28.5 talla 118.5 ml f-36-7

E. DIAGNÓSTICO

PRE-RESORTIVO	DEF-DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
	Dermatitis Alopecia no especifica	1209	x				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
31-01-25	15:00	Luz	Mendoza	Camps
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	Dra. Luz Mendoza Campos ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCTE 1028-2022-2477525		
1304278326	Luz Mendoza Campos			

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	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

PRE-RESORTIVO	DEF-DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE