

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	RODRIGUEZ	JUAN DAVID	05	10	2018	5 años, 11 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352979387	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	UNIDOS VENCEREMOS y	099-514-2106 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1352979387	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Dermatología	2024	09	25
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON TOS PRODUCTIVA DE 5 DIAS Y CON UNA PROMINENCIA EN TRES PARTES DEL CUERPO CABEZA CARA Y PIERNA DERECHA DE UNA EVOLUCIÓN DE LARGA EVOLUCIÓN... LA DE LA CABEZA Y LA CARA EN MÓVIL Y SUAVE, Y LA DE LA PIERNA TIENE CARACTERISTICA PETREA Y DUELE. SE ENVIA REFERENCIA A DERMATOLOGIA PARA EL ANALISIS CORESPONDIANTE... OJO YA A PASADO POR VARIOS MÉDICOS PIDIENDO REFERENCIA A DERMATOLOGIA Y POR CRITERIO INDIVIDUAL NO LO HAN ENVIADO...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0995142100 PACIENTE SE ENVÍA A SU ANALISIS YA QUE EN DIFERENTES OPORTUNIDADES SE LE A ENVIADO ECOGRAFIA QUE NO SE HAN REALIZADO POR EL SISTEMA DEFECTUOSO. SE ENVÍA A SU ANALISIS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMEFACCION, MASA O PROMINENCIA LOCALIZADA EN PARTE NO ESPECIFICADA	R229		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-25	09:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
				/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-25	09:18	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	