

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1353607607		1353607607								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MACÍAS		CORNEJO		SAMUEL		JESÚS		M	11/4/2021	3	H	D	M	A	
														X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN									
979691986				X											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO									
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.									
MANABI				3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.									
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive									
FLAVIO ALFARO				5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
PARROQUIA															
FLAVIO ALFARO															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		DERMATOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO FEMENINO APP. ALERGIA CUTANEA NO ESPECIFICADA . AL MOMENTO ACUDE POR PRURITO ERITEMA GENERALIZADA. REQUIERE VALORACIÓN POR DERMATOLOGÍA . AL MOMENTO EXAMEN FÍSICO ACTUAL AFEBRIL CUELLO SIMÉTRICO NO MASAS NO ADENOPATÍAS TORAX SIMÉTRICO NO MASAS NO ADENOPATÍAS PALPABLES CAMPOS PULMONARES CLAROS VENTILADOS RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS ABDOMEN NO DOLOR DEPRESIBLE RUIDOS AUDIBLES NO VISCEROMEGALIAS EXTREMIDADES NO EDEMAS SIMÉTRICAS NO ADENOPATÍAS SIGNOS VITALES PRESIÓN 120/70MMHG PULSO 80x T36.7°C. SATURACIÓN 98% RESPIRACIÓN 20 GLASGOW 15/15. SE REQUIERE VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE DERMATOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

TEST DE ALERGIAS

E. DIAGNÓSTICO

PREF= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X		4.	ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784	X
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
12/2/2025	14:00	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA			SELLO			
1312022369	RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA						

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

PREF= 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			