

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	1354465138								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CUZME		FRANCO		HANNA		AYLIN		F	12/08/2024	6	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCIÓN		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0994293741		NO	CAÑA							1. Accesibilidad geográfica.				
										2. Falta de espacio físico.				
										3. Falta de equipamiento.				
										4. Equipos en mal estado.				
										5. Problemas de infraestructura.				
										6. Problemas de abastecimiento.				
										7. Insuficiencia de profesionales.				
										8. Inadecuada capacidad resolutive				
										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 FEMENINA DE 6 MESES DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL MEDICO JUNTO A SU MAMA Y SU HERMANO, QUIENES REFIEREN QUE SE ENCUENTRA CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, TOLERA BIEN LA VIA ORAL, ORINAS AMPLIAS Y CLARAS, DEFECA SIN DIFICULTAD. MADRE REFIERE QUE PRESENTA DESDE LOS 2 MESES DE EDAD LESIONES DELIMITADAS EN FORMA DE RASH EN PIEL DE BRAZOS, PIERNAS, ESPALDA Y ABDOMEN QUE LLLEVO TRATAMIENTO CON ESTEROIDES CON POCA MEJORIA Y LUEGO SE PRESENTO NUEVAMENTE, ESTE CUADRO MEJOR UN DIA PERO PROGRESA AL DIA SIGUIENTE A PESAR DEL TRATAMIENTO MEDICO IMPUESTO.

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	
2025/02/18	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

F. DIAGNOSTICO

	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	