

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					
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1354731141	1354731141					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VERA	BASURTO	AZUL	AILANY	M	6/11/2025	4	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO					
0980376335//0959180218		MSP			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					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						
MANABI		TOSAGUA	A	TOSAGUA						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL GENERAL CHONE	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

PACIENTE: 4 MESES DE EDAD MOTIVO DE CONSULTA: CONTROL DE SALUD ANTECEDENTES: SIN ENFERMEDADES CRÓNICAS PERSONALES DE IMPORTANCIA ANTECEDENTES FAMILIARES: MADRE CON DERMATITIS ATÓPICA REPORTE DE MADRE Y ABUELA: PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL. PRESENTA CUADRO CLÍNICO CON UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR LESIONES DÉRMICAS ERITEMATOSAS EN EXTREMITADES SUPERIORES E INFERIORES Y REGIÓN GLÚTEA, CON MEJORA BAJO TRATAMIENTO TÓPICO INDICADO POR PEDIATRÍA (BETAZOL ESPUMA, HIDRATANTE 5% PH LAC Y QUADRIDERM). ADEMÁS, SE OBSERVA ANGIOMA PRINCIPAL DE APROXIMADAMENTE 1 CM DE DIÁMETRO EN REGIÓN FRONTAL Y CUERO CABELLUDO, CON CRECIMIENTO PROGRESIVO DURANTE EL DESARROLLO. SE IDENTIFICAN OTROS ANGIOMAS DE MENOR TAMAÑO EN CUELLO Y TORSO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HEMANGIOMA, DE CUALQUIER SITIO	D180		X				
2.	DERMATITIS ATOPICA, NO ESPECIFICADA	L209		X				
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/3/2026		DENISSE	VELEZ	UTRERAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313903682		DISTRITO DE SALUD T3DT2 Dra. Denisse Vanina Velez Utreras MEDICINA GENERAL REG. SENESCYT:1009-2017-14813969		

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE		CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

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		