

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1114

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES

TIPOLOGIA

B

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1757473192

NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

RUIZ

SEGUNDO APELLIDO

MONSERRATE

PRIMER NOMBRE

CRISTINA

PAULETT

SEX O

F

FECHA NACIMIENTO

01/06/2016

EDAD

9

CONDICIÓN EDAD (MARCAP)

H

D

M

A

x

0982619563

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

ROCAFUERTE

PARROQUIA

ROCAFUERTE

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 resolutoria.

9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

REFERENCIA

DERIVACIÓN

x

MOTIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

DERMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 9 AÑOS QUE REFIERE MADRE CUADRO CLINICO DE DERMATITIS ATOPICA, MENCIONA RASH CUTANEO GENERALIZADO, AL EXAMEN FISICO PIEL ASPERA, CON USO DE CORTICOIDES Y ANTIHISTAMINICOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMOGLOBINA 12.3 PLAQUETAS 235

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1.

DERMATITIS ALERGICA DE CONTACTO, DE CAUSA NO ESPECIFICADA

L239

X

4.

2.

5.

3.

6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA

2026/03/04

HORA

10:00

PRIMER NOMBRE

ELEANA

PRIMER APELLIDO

VASQUEZ

SEGUNDO APELLIDO

SOLORZANO

CEDULA

1310630817

FIRMA

SELLO

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

NO

CONTRAREFERENCIA

x

REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1411

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NATALIA HUERTA DE NIEMES

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

PRE= 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 (Escriba fecha del)	HORA (de inicio a fin)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	