

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO/PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1268	ESTABLECIMIENTO DE SALUD C.S. Agua Santa	TIPOLOGÍA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1314985972	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Boor	SEGUNDO APELLIDO Sacon	PRIMER NOMBRE Miguel	SEGUNDO NOMBRE Angel	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 11-07-91
NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0995743432 - 0999138397		REFERENCIA		MOTIVO	
PROVINCIA Mandabini	CANTÓN Junin	PARRISHA Junin	1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de almacenamiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Insuficiente capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD C.S. Agua Santa	SERVICIO consulta-ext.	ESPECIALIDAD Otorrinolaringología
--------------------------------	---	---------------------------	--------------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 33 años de edad con App. de Otitis media de larga evolución, causada por parotitis mumps, vertigo, pérdida auditiva; sudoración, acompañada de palido de liquido purpura; amodoletto, con mal olor.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RGR: 53.10.601. HOD: 14.7. HGT: 44.10. VCM: 82.5. HCM: 2.7. V. Glucosa: 90.34. mg/dl. Hgb: 14.08. mg/dl. TGO: 29.164. TGP: 27.62. Deriv: 65.8. Talla: 168.4. TA: 120/80 mmHg. FC: 72.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVA	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. Otitis media crónica								
2. Sero								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA 10/02/2015	HORA 9:00	PRIMER NOMBRE Luz	PRIMER APELLIDO Mendoza	SEGUNDO APELLIDO Carpes
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 130428326		FIRMA Luz Mendoza Carpes		Dra. Luz Mendoza Carpes ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCT: 1025-2022-2477525

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	TIPOLOGÍA	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. DEFINITIVA	CE	PRE	DEF	CE	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