

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1726600420		1726600420					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
NARVAEZ		CAMACHO		KAREN		ESTEFANIA	F	4/12/1966	28	H	D	M	A
													X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN						
999890771							MOTIVO						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL							1 Accesibilidad geográfica.						
PROVINCIA					CANTÓN		PARROQUIA						
MANABI					QUITO		QUITO						
							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						

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGIA

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
IENTE FEMENINA DE 28 AÑOS DE EDAD SIN APP	
IENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 5 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RINORREA CONSTANTE	
JE DIFICULTA LA RESPIRACION Y MAS AUN EN LAS NOCHES LA CUAL PRODUCE RONQUIDO Q DIFICLTA EL SUEÑO EL CUAL DUERME CON LA BOCA ABIERTA	
EMAS REFIERE FUERTE DOLOR EN LA CARA TIPO OPRESIVO, FATIGA SENSACION DE CANSANCIO	

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
Sinusitis aguda no especificada				J01.90	X	4.			
						5.			
						6.			

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
26/02/2025	8:30	GEORGE	CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1312195694				

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
						4.			
						5.			
						6.			

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO

Quito

0999890771 / 0992705865 (Karina Camacho madre)

IESS