



| 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                                                         | 001414                           | Centro De Salud Tipo C Tosagua | CS-C           | 1354373647                                              |                   |        |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO                 | PRIMER NOMBRE                  | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD   | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Zambrano                                                    | Zambrano                         | Alan                           | Gerard         | H                                                       | 02-04-2024        | 0      | H                       | D | M | A |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                                  | REFERENCIA                     |                | DERIVACIÓN                                              |                   | MOTIVO |                         |   |   |   |  |  |
| 0979933839 - 0968128089                                     |                                  | X                              |                |                                                         |                   |        |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                  | 1. Accesibilidad geográfica.   |                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                   |        |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   |                                  | 2. Falta de espacio físico.    |                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                   |        |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | CANTÓN                           | 3. Falta de equipamiento.      |                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   | X      |                         |   |   |   |  |  |
| 1315                                                        | PARROQUIA                        | 4. Equipos en mal estado.      |                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |        |                         |   |   |   |  |  |
| 131550                                                      | 5. Problemas de infraestructura. |                                |                |                                                         |                   |        |                         |   |   |   |  |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                                          |                  |              |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Pediatría    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| LACTANTE DE 9 MESES DE EDAD- SE ENVIA PARA 3ER. CONTROL DE TAMIZAJE AUDITIVO. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| NINGUNO                                                           |

| E. DIAGNÓSTICO                      | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|-------------------------------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. Examen De Oidos Y De La Audicion |                                 | 2011 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                  |                                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                  |                                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-01-07                            | 11:41        | Blanca        | Cobeña          | Zambrano         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1309555959                            |              |               |                 |                  |

| 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 | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |