



| 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           | Agua Fria                                                                                                      | PS                                                                                                                                  | 1314985977                       |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                                                                                  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                      | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Loor                                                        | Sacon            | Miguel                                                                                                         | Angel                                                                                                                               | H                                | 10-07-1991        | 33   | H                       | D | M | A |  |  |
|                                                             |                  |                                                                                                                |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA <input checked="" type="checkbox"/> DERIVACIÓN <input type="checkbox"/>                             |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 0995743432                                                  |                  | MOTIVO                                                                                                         |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica. <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento. <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                                                                                                      | 2. Falta de espacio físico. <input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales. <input checked="" type="checkbox"/>         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | 1307             | 130750                                                                                                         | 3. Falta de equipamiento. <input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutive <input type="checkbox"/>                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                                                                                                                | 4. Equipos en mal estado. <input type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios <input type="checkbox"/> |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                                                                                                                | 5. Problemas de infraestructura. <input type="checkbox"/>                                                                           |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |

| 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 | Otorrinolaringologia |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE MASCULINO DE 33 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE OTITIS MEDIA- DE LARGA EVOLUCIÓN PRESENTA MAREOS- VÉRTIGO - PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO SUDORACIÓN- TAMBIÉN REFIERE SALIDA DE LÍQUIDO SEROPURULENTO CON LAS OLOR DE LOS OÍDOS´. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRESENTA MAREOS- VÉRTIGO - PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO SUDORACIÓN- SALIDA DE LÍQUIDO SEROPURULENTO CON LAS OLOR DE LOS OÍDOS´. |

| E. DIAGNÓSTICO                 | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|--------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. Otitis Media Cronica Serosa |                                    | H652 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                             |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-02-23                            | 11:11        | Luz           | Mendoza         | Campos           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1304278326                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |