



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	Materno Infantil Carlos Morales Locke	CS	1304025255							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Bravo	Ramirez	Floriselda	Ramona	M	07-08-1957	67	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
0981234686			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			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 resolutive								
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1307	130750									

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 FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON LOSARTAN EN TABLETAS DE 100 MG TOMA UNA TABLETA AL DIA- CLORTALIDONA EN TABLETAS DE 25 MG TOMA UNA TABLETA AL DIA- ACIDO ACETILSALICILICO EN TABLETAS DE 100 MG TOMA UNA TABLETA AL DIA- ACUDE A CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO- MENCIONA QUE EN ESTOS MOMENTOS SE ENCUENTRA BIEN- NIEGA CEFALEA. REFIERE DISMINUCION DE LA AUDICION BILATERAL POR LO Q SE REALIZA OTOSCOPIA: OIDO DERECHO E IZQUIERDO CON PERFORACION CRONICA DE LAS MEMBRANAS Y VISUALIZACION DE LOS HUESOSILLOS DEL OIDO MEDIO- REFIERE HABER REALIZADO SEGUIMIENTO POR ESTA CAUSA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 67 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON LOSARTAN EN TABLETAS DE 100 MG TOMA UNA TABLETA AL DIA- CLORTALIDONA EN TABLETAS DE 25 MG TOMA UNA TABLETA AL DIA- ACIDO ACETILSALICILICO EN TABLETAS DE 100 MG TOMA UNA TABLETA AL DIA- ACUDE A CONSULTA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO- MENCIONA QUE EN ESTOS MOMENTOS SE ENCUENTRA BIEN- NIEGA CEFALEA. REFIERE DISMINUCION DE LA AUDICION BILATERAL POR LO Q SE REALIZA OTOSCOPIA: OIDO DERECHO E IZQUIERDO CON PERFORACION CRONICA DE LAS MEMBRANAS Y VISUALIZACION DE LOS HUESOSILLOS DEL OIDO MEDIO- REFIERE HABER REALIZADO SEGUIMIENTO POR ESTA CAUSA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Perforacion Central De La Membrana Timpanica	H720		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-15	01:58	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1312068727				

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