



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	Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres	HB	1725184699						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Carvajal	Zambrano	Luis	Angel	H	15-08-1991	34	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
0980364869		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								
		X								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1305	130550								

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 34 AÑOS DE EDAD SIN APP PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE LARGA DTA DE EVOLUCION CARACYTEERIZADO POR RONCOPATIA ACOMPAÑADO DE APNEA DEL SUEÑO E IMSOMNIO REFIERE QUE TIENE DESVUACION SEPTAL Y DE CORNETES

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
INDICADOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Desviacion Del Tabique Nasal	J342		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-22	10:30	Mirella	Zambrano	Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
66666666				

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
MSP			CENTRO DE SALUD TIPO C - MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	1312901919	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Centro De Salud Tipo C Tosagua	13D12	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS
Octubre 2024: Referencia Del Msp. Primera Atencion. Paciente Sin App De Relevancia- Cirugia Por Fractura De Femur A Los 5 Años De Edad- 1 Cesarea Hace 15 Años - No Alergia A Medicamentos . Consulta Por Gonalgia - Omalgia- Coxalgia Derecha. Artralgias De Manos Y Pies. Cervicalgia- Lumblagia Mecanica. Al Ex Fisico Completa Rangos- Discretos Crepitos De Hombro Derecho- Crepitos De Rodilla Derecha. Se Solicita Ex Y Rx. Rx Col Cervical Cosnerva Lorodisis Fisiologica- Discretos Signos De Esclerosis Subcondral-Rx Manos Pinzamietno Asiemntricos De Algunas Interfalangicas Distales- Rx Pelvis Esclerosis Subcodnral Coxofemoral Derecho- Rx Rodillas Pinzamiento De Espinas Tibial Externa Bilateral - Disminucion Del Espacio Femorotibial Medial- Rx Pies Sin Alteraciones. Se Indica Sysadoas De Mantenimiento Vo- Calcio + Vit D3 Vo- Colageno Vo- Ac Folico...Atencion 9de Enero 2025: Refeire Omalgia Izqueirda- Gonalgia Bilateral. Contractura Paravertebral Cervicodorsal. Se Solicita Ic A Fisiatria Para Evaluar Plan De Fisioterapia. Se Idnica Matnener Syadoas- Codnroprotectores...Atencion 7 De Agsoto 2025: Refiere Cervicdorsalgia. Se Indica Fkt. Se Indica Miorrelajante Vo. Vit D+ K Vo Qd. Diacereina.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Sindrome Cervicobraquial		M531		X	4.			
2.	(Osteo)Artrosis Primaria Generalizada		M150		X	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	
1308809787				