



| 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 |      |                         |   |   |   |  |  |
| IESS                                                        | 001414           | Hospital De Chone Nivel I           | HB             | 0702909151                          |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                       | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Santos                                                      | Maza             | Elsa                                | Mireya         | M                                   | 10-10-1972        | 52   | H                       | D | M | A |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                          |                | DERIVACIÓN MOTIVO                   |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 09991691682                                                 |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.        |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   |                  | 2. Falta de espacio físico.         |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | CANTÓN           | 3. Falta de equipamiento.           |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 1303                                                        | PARROQUIA        | 4. Equipos en mal estado.           |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 130350                                                      |                  | 5. Problemas de infraestructura.    |                | <input type="checkbox"/>            |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                                     |                | <input checked="" 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                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PCTE DE 52 AÑOS SE REALIZA CITA POR CUADRO REVISION DE EXMANES CON ALTA Y AST ELEVADO CON HECES FECALAS POSITIVOS ADMEAS REFIERE PERDIDA DE AUDION 40% AHORA AMERIT VALORACION POR OTORRINO NO DISPONIBLE POR SISTEMA SE PROCEDE 053 AHORA CON VERTIGO POSITIVO CON TINUS EN REPOSO |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| NO INDICA                                                         |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                 | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Hipoacusia Conductiva Bilateral |                                    | H900 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                 |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                 |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-08-27                            | 04:21        | Virginia      | Tuarez          | Avellan          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310200116                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |