



| 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           | Canuto                   |                              | CS-A      | 1310305683                         |  |                                                         |                   |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Alcivar                                                     |  | Chica            |                          | Maryuri                      |           | Elvira                             |  | M                                                       | 11-11-1981        | 44   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                          |                              |           |                                    |  |                                                         |                   |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                         |  |                                                         |                   |      |                         |
| 098-201-8458                                                |  |                  |                          | X                            |           |                                    |  |                                                         |                   |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica. |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                                                         |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.  |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                                                         |                   |      |                         |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           |                          | PARROQUIA                    |           | 3. Falta de equipamiento.          |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                   | X    |                         |
| 13                                                          |  | 1303             |                          | 130352                       |           | 4. Equipos en mal estado.          |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |
|                                                             |  |                  |                          |                              |           | 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 |  | Otorrinolaringologia |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINO DE 44 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONS ULTA POR CONTROL MEDICO. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DEVARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR- INFLAMACION DE AMBOS OIDOS Y OTITIS A REPETICION QUE SECARACTERIZA POR PRESENCIA DE SECRECION DE COLOR AMARILLO CON MAL OLO- PACIENTE MENCIONA NO REFIERESINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA- DIGESTIVA- URINARIA NI NEUROLOGICA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO-AFEBRIL A LA CONS ULTA. EXAMEN FISICO: SE OBSERVA SIGNOS DE INFLAMACION. SIN SIGNOS DE ALARMA. SE SOLICITAVALEVALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA POR PRESENCIA DE OTITIS A REPETICION |

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

| E. DIAGNÓSTICO |                                          | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Otras Otitis Medias Cronicas Supurativas |                                    | H663 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                          |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                          |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-11-18                            | 11:07           |               |  |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |  |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |