

| 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 El Carmen     | HB                        | 1303615668                       |                                    |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                   | EDAD                                                    | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |   |
| Ramirez                                                     | Loor             | Lider                            | Rene                      | H                                | 29-01-1961                         | 64                                                      | H                       | D | M | A |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | X                                | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| 0981459306                                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           |                                  | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                           |                                  | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |                         |   |   |   |  |  |   |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                  |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                         |   |   |   |  |  | X |
| 13                                                          | 1304             | 130450                           | 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 CON APP DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL- DIABETES MELLITUS CON COMPLICACIONES RENALES - CON 1 AÑO DE EVOLUCIÓN DE HIPOACUSIADE OÍDO DERECHO ACOMPAÑADO DE OTALGIA MÁS Z UMBIDOS |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CREATININA: CKD EPI 20 ML/MINT GLUCOS A: GLUCOSA 102 MG/DL - GLUCOSA POSTPRANDIAL 134 MG/DL - UREA 79.2 MG/DL - UREACREATININAREALIZADO 2 VECES PROCESADO POR: DRA. NORALMA JAIDITH CAÑARTE PIN CREATININA 3.28 MG/DL - Método: FOTOMETRÍA AUTOMATIZADA VALIDADO POR: DRA. NORALMA JAIDITH CAÑARTE PIN ELECTROLITOS S ODO 144.8 MEQ/L - POTASIO 5.11 MEQ/L - CLORO 112.0MEQ/L |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                              | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Hipoacusia Neurosensorial Unilateral Con Audicion Irrestrictra Contralateral |                                    | H904 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                                              |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                                              |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-11-18                            | 11:18        |               |                 |                  |
| 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         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |