



| 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           | Convento                 |                                  | CS-A      | 1303797649                                              |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |   | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |   |   |   |   |  |  |  |   |
| Briones                                                     |   | Null             |                          | Ramon                            |           | Monserate                                               |  | M                 | 19-08-1956       | 69   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H | D | M | A |  |  |  | X |
| H                                                           | D | M                | A                        |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                                             |   |                  | X                        |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |   |                  |                          | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                                              |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 098-598-3889 /                                              |   |                  |                          | X                                |           | MOTIVO                                                  |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |   |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PROVINCIA                                                   |   |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| CANTÓN                                                      |   |                  |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |  | X                 |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PARROQUIA                                                   |   |                  |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 13                                                          |   |                  |                          | 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 |  | Otorrinolaringología |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACIENTE MAS CULINO DE 69 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE DE HIPERTENS IÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO- QUIEN ACUDE PORCUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON VERTIGO- CARACTERIZADO POR EPIS ODIOS DE VértIGO DES ENCADENADOS POR CAMBIOS DEPOS ICIÓN- AS OCIAOS A INES TABILIDAD. AL EXAMEN FÍS ICO S E ENCUENTRA PACIENTE EN BUEN ES TADO GENERAL- CONSCIENTE-ALERTA- ORIENTADO- CON S IGNOS VITALES ES TABLES . A NIVEL NEUROLÓGICO S IN DÉFICIT FOCAL- DES TACANDO LA PRESENCIA DE NISTAGMO HORIZONTAL. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES RELEVANTES . DURANTE LA ATENCIÓN SE REALIZA MANIOBRA DE EPLEY CON MEJORÍA CLÍNICA DE LOS SÍNTOMAS . SE INDICA MANEJO AMBULATORIO CON BETAHISTINA 15 MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS - PARACETAMOL 1 G VÍA ORAL CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS EN CASO DE CEFALÉA. SE BRINDAN MEDIDAS GENERALES COMO EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE POSICIÓN- LEVANTAR SE DE FORMA PROGRESIVA Y MANTENER ADECUADA HIDRATACIÓN. SE REALIZA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y SEGUIMIENTO. SE EXPLICAN SIGNOS DE ALARMA COMO EMPEORAMIENTO DEL VértIGO- APARICIÓN DE DÉFICIT NEUROLÓGICO- ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA O CEFALEA INTENSA- ANTE LOS CUALES DEBE ACUDIR DE INMEDIATO A UN CENTRO DE S ALUD. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| NINGUNO                                                           |

| E. DIAGNÓSTICO |                             | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-----------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Vertigo Paroxistico Benigno |                                    | H811 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                             |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                             |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-04-08                            | 11:14        | Maria         |  | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |              |               |  |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |