



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	Centro De Salud Tipo C Tosagua	CS-C	1304295320						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Laz	Bravo	Patricia	Cleopatra	M	20-11-1967	58	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO						
099-046-2785			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							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1315	131550								

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 FEMENINA DE 57 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HTA. HIPOTIROIDIS MO- CA DE ÚTERO TUMOR EN LARINGE EPILEPS IA-PACIENTE TRAQUEOS TOMIZADA CON S ECUELAS DE PARÁLIS IS DE LAS CUERDAS VOCALES . FUE PORTADORA DE TRAQUEOS TOMO-LARINGE PARÁLIS IS BILATERAL DE CUERDAS VOCALES EN ABDUCCION CON REDUCCIÓN DE 80% DE LA LUZ GLOTICO- PACIENTE TIENEDIFICULTAD EN S U LENGUAJE NO S E ES CUCHA LO QUE HABLA- REALIZA MUCHO ES FUERZO AL TRATAR DE HABLAR- PRES ENTAS ENS ACIÓN DE AHOGO ACOMPAÑADO DE TOS - EMITE S ONIDOS VOCALES INTELIGIBLES - S E COMUNICA A TRAVÉS DE S US URROS YGES TOS (VOZ AFONA). PACIENTE S OLCITA RECALIFICACION POR LO QUE S E ENVÍA REFERENCIA A ES PECIALIDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HTA. HIPOTIROIDIS MO- CA DE ÚTERO TUMOR EN LARINGE EPILEPS IA-PACIENTE TRAQUEOS TOMIZADA CON S ECUELAS DE PARÁLIS IS DE LAS CUERDAS VOCALES . FUE PORTADORA DE TRAQUEOS TOMO-LARINGE PARÁLIS IS BILATERAL DE CUERDAS VOCALES EN ABDUCCION CON REDUCCIÓN DE 80% DE LA LUZ GLOTICO- PACIENTE TIENEDIFICULTAD EN S U LENGUAJE NO S E ES CUCHA LO QUE HABLA- REALIZA MUCHO ES FUERZO AL TRATAR DE HABLAR- PRES ENTAS ENS ACIÓN DE AHOGO ACOMPAÑADO DE TOS - EMITE S ONIDOS VOCALES INTELIGIBLES - S E COMUNICA A TRAVÉS DE S US URROS YGES TOS (VOZ AFONA). PACIENTE S OLCITA RECALIFICACION POR LO QUE S E ENVÍA REFERENCIA A ES PECIALIDAD

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Paralisis De Las Cuerdas Vocales Y De La Laringe	J380		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-28	04:04	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310671951				

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 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	