



| 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 |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | X                                | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |                         |   |   |   |  |   |
| 099-046-2785                                                |                  | 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                                                          | 1315             | 131550                           | 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 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 OLICITA 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 OLICITA RECALIFICACION POR LO QUE S E ENVÍA REFERENCIA A ES PECIALIDAD |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(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<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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |