

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1202276190					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
							H	D	M	A	
BRIONES	PARRAGA	ANGEL	RAFAEL	M	06/05/1968	57					
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN					
963845431		MSP				MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.				
				2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive		X		
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.							
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA DE CHONE	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGIA

MASCULINO DE 57 AÑOS DE EDAD CON APP DE DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON TRAYENTA DUO 2.5/1000 MG UNA TABLETA DOS VECES AL DIA ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU SOBRINA REFIRIENDO CUADRO DE LARGA EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERDIDA DE LA AUDICION QUE HA IDO PROGRESANDO PAULATINAMENTE ADEMAS REFIERE CUADROS DE OTITIS MEDIA RECURRENTES EN TRATAMIENTO. AL MOMENTO CON SENSACION DE ZUMBIDOS EN AMBOS OIDOS.
AL EXAMEN FISICO NO SIGNOS DE INFLAMACION NI SALIDA DE LIQUIDO.
REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD.

EN ESPERA

1	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919		X	4			
2					5			
3					6			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
2025/10/27	###	VANESSA	CEDEÑO	PALACIOS	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO
1312320516					

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA					

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

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