

A DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		HCU		N° ARCHIVO	
RED PÚBLICA		UNI-CÓDIGO 21104		CENTRO DE SALUD CHONE		1300267000		36157	
NOMBRE	APELLIDO	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN DE EDAD (MARCAR)				
LUIS LEONARDO	PINCAY VELEZ	M	1946-11-06	79	☒	☐	☐	☐	☐
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA			X DERIVACIÓN				
0997534955		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA	CANTÓN	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutoria				
MANABI	FLAVIO ALFARO	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios X				
130550		5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

Institución del Sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL DR NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Ambulatorio	OTORRINOLARINGOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MAYOR DE 79 AOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS FRECUENTES DE OTALGIA BILATERAL DE PREDOMINIO DE OIDO DERECHO, REFIERE ADEMÁS EPISODIO DE OTORRAGIA DE MISMO OIDO QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO MDICO POR LO QUE REQUIERE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

REQUIERE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

E DIAGNOSTICO

PRE- PRESUNTIVO

DEF- DEFINITIVO

	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1 Otitis	H920			4			
2 Otitis media supurativa, sin otra especificación	H664			5			
3				6			



F DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA	2026-05-27	HORA	10:04:14	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CARMEN ALEXANDRA BRASCH MENDOZA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	13-00008772	FIRMA		SELLA	

Dra. Alexandra Bravo M.
MEDICINA GENERAL
E-01 Folio: 143 N° 974
Reg. Senoscyt: CU-13-4143
N° DI N° 13-08-1310684772-2015

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA:				REFERENCIA INVERSA:			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

Institución del Sistema	UNICODIGO	Establecimiento de Salud	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

Institución del Sistema	Establecimiento de Salud	Distrito	Fecha

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F DIAGNOSTICO

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		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLA	