

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1245	CS 24 H JUNIN		C	1300871165		1300871165			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
CUSME		GARCIA		FRANCISCO		MELECIO		H	10/02/1937	88	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
0997276861 - 0988340200 / LOMA SECA		☒		☐		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.					
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANARI	JUNIN	JUNIN				☒					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente masculino de 88 años de edad, con app de hta controlado. Acude a consulta mencionando que presenta dificultad para escuchar desde hace mas de 4 años, sobre todo con el oído derecho, lo cual es muy notorio, niega trauma, no dolor u otro sintoma.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION			H919	☒				
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	12:29	RONALD	LOOR	OUIROZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA SELLO			
1312184177				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION											
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	TIPOLOGÍA	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.									
2.									
3.									

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			