

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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                                   | 4443              | C.S. ROCAFUERTE          | B              | 1301878078                       | 1301878078        |      |                                                                                                                                                                        |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                                                                                |   |   |   |
| RUIZ                                  | BAZURTO           | JOSE                     | ALADINO        | M                                | 20/2/1953         | 71   | H                                                                                                                                                                      | D | M | A |
|                                       |                   |                          |                |                                  |                   |      |                                                                                                                                                                        |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA     | X                                | DERIVACIÓN        |      | MOTIVO                                                                                                                                                                 |   |   |   |
|                                       | MSP               |                          |                |                                  |                   |      | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.              |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                   |                          |                |                                  |                   |      | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                |                |                                  |                   |      | X                                                                                                                                                                      |   |   |   |
| MANABI                                | ROCAFUERTE        | ROCAFUERTE               |                |                                  |                   |      |                                                                                                                                                                        |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                               |                  |              |
|-------------------------|-----------------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                      | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSP GRAL DR NAPOLEON DÁVILA CORDOVA DE CHONE | CONSULTA EXTERNA | AUDIOMETRIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HTA ESENCIAL TRATADA CON ENALAPRIL 20 MG CADA 24 HORAS Y HISTORIA DE PSORIASIS NO ESPECIFICADA  
SX DE STEVEEN JHONSONS Y CONVULSIONES, ULTIMAS HACE 8 AÑOS PRESENTA CUADO CLINICO CARACTERIZADO POR HIPOACUSIA PROGRESIVA EN OIDO IZQUIERDO Y DERECHO  
DE 5 AÑOS DE EVOLUCION AL EXAMEN OTOSCOPICO ESTE SE ENCUENTRA SIN PRESENCIA DE ERITEMA, EDEMA SUPURACIÓN O SIGNOS TIMPANICOS DE OTITIS EN AMBOS OIDOS  
AL MOMENTO EL PACIENTE SE ENCUENTRA ESTABLE EMODINAMICAMENTE, AFEBRIL, ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS NEUROLOGICAS, LENGUAJE CLARO Y CONGRUENTE, SE  
REQUIERE DE REPETICION DE PALABRAS EN TONOS ALTOS, SIN EMBARGO COMPRENDE SIN PROBLEMA EL MENSAJE, SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACION DE CAPACIDAD  
U PERDIDA AUDITIVA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E SOLICITAN EXAMENES, QUEDAN PENDIENTES RESULTADOS DE LABORATORIO

E. DIAGNÓSTICO

|    |                                    |      |     |     |    |  |     |     |     |
|----|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
|    | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
| 1. | HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL    | H900 | X   |     | 4. |  |     |     |     |
| 2. | PSORIASIS NO ESPECIFICADA          | L409 | X   |     | 5. |  |     |     |     |
| 3. | HIPERTENCION ESENCIAL (PRIMARIA)   | I10X |     | X   | 6. |  |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 7/11/2024                             | 11:30           | VALERIA       | ZAMBRANO        | PINARGOTE        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310498462                            |                 |               |                 |                  |

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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA