

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	1271	CS San Bartolomé	A	1302711799						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Vergara	Espinosa	Victor	Manuel	M	29/03/52	73	H	D	M	A
TELÉFONO RESIDENCIAL O CONVENCIONAL						REFERENCIA				
0981331555 - 0988211894						DERIVACIÓN				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL						MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	MUNICIPIO				☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de afianzamiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
Manabí	Bolíver	Calcuta								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. Napoleon Dávila	Consulta Externa	Otorrinolaringología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente adulto mayor 73 años sin app. Aude por cuadro clínico de 15 días de evolución caracterizado por tímpano opaco de gran intensidad, secreción purulenta y hace 24 horas presenta salida de sangre por oído derecho. A la exploración se observa perforación timpánica + entera, líquido purulento.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Otoscopía de oído derecho. Se evidencia salida de líquido purulento y hemático con perforación timpánica.	

E. DIAGNÓSTICO									
PRE-PRESUNTIVO		DEF. DEFINITIVO		CE		PRE		DEF	
Perforación de la membrana timpánica, H799		X							
sin otra especificación									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/11/2025	10:40	Gabriel	Intriago	Zumbirano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
130605587				

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	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO									
PRE-PRESUNTIVO		DEF. DEFINITIVO		CE		PRE		DEF	

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