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
IESS	1421	HOSPITAL BASICO CHONE	II	1303407678	4691

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
							H	D	M	A
RODRIGUEZ	MOLINA	GLENDA	ISLANDIA	F	10/07/1959	65				

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
99634742	MANABI	CHONE	CHONE

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

REFERENCIA [ ] DERIVACIÓN [x]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica [ ]
2. Falta de espacio físico [ ]
3. Falta de equipamiento [ ]
4. Equipos en mal estado [ ]
5. Problemas de infraestructura [ ]
6. Problemas de abastecimiento [ ]
7. Insuficiencia de profesionales [ ]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [ ]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [x]

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CE	OTORRINOLARINGOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD OCUPACIÓN EDUCADOR CNH REFIERE PRESENTAR PERDIDA PROGRESIVA DE LA AUDICIÓN MAS MARCADA DEL OIDO IZQUIERDO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN ADEMAS DE DOLOR DE GARGANTA DE ALGUNOS MESES YA TRATADA POR MEDICO GENERALES SIN RESPUESTA FAVORABLE A LOS TRATAMIENTOS INSTAURADOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SOLICITADOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/12/2024	10H00	FABRICIO	PALMA	COBEÑA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1310741671		Dr. Fabricio Palma Cobeña MEDICO OCUPACIONAL INSPI 13 08 576 12 Registro 124-N-136

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

ADMISION Y ESTADISTICAS IESS HOSPITAL CHONE

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO