

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1304536301		1304536301							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
VEGA		PALMA		SILVIO		VICENTE		M	30/10/1966	58	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN									
985722634					X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
CANTÓN					3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X						
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X						
MANABI					5. Problemas de infraestructura.										
FLAVIO ALFARO					FLAVIO ALFARO										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		OTORRINOLARINGOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SEXO MASCULINO NO REFIERE ANTECEDENTES ALERGICOS NI QUIRURGICOS DE IMPORTANCIA , ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR CONGESTIÓN AUDITIVA VERTIGO Y ACÚFENO .EXÁMEN FÍSICO CABEZA NORMAL CUELLO S/P SIN ADENOPATÍAS TORAX CSPS VENTILADOS CLAROS RSCS RÍTMICOS NORMALES ABDOMEN DEPRESIVO NO DOLOROSO DISTENDIDO TIMPÁNICO. EXTREMIDADES SP NO EDEMAS . SIGNOS VITALES P/A 126/80 MMHG T°36 SAT98% FC74X RESPIRACIÓN 17X GLASGOW 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA

E. DIAGNÓSTICO

	PREF= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL DERECHA NO ESPECIFICADA.	H90.3		X	4.				
2.	VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	H81.1			5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
25/8/2025	8:00	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312022369		Dr. RÓMULO MUÑOZ MOREIRA					

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

	PREF= 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	