

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		1410	HBAGA		B	1304705443		1304705443			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
LOOR		MUÑOZ		LIDICE		RAMONA	F	17/09/1964	60	N	D
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0956 4445 36		35540/336		X				☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura.			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		MUNICIPIO		EDUCACIÓN		CULTURA		OTRO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSTA EXTERNA	OTR

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS QUE ACUDE EN VARIAS OCASIONES POR PRESENTAR MOLESTIAS A NIVEL DE AMBOS OIDOS CON LIGERA HIPOACUSIA Y DOLOR DE OIDO AH RECIBIDO DIFERENTE CLASE DE TRATAMIENTO A PRESENTA MAREO Y LI GERO DOLOR DE CABEZA POR LOO QUE AMERIRTA SU ESTUIDO PRA MAYOR SEGUIMIENTO NO PRESENTA OTRA SINTOMATOLOGIA NECESIDADES FISIOLÓGICAS NORMALES	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO	
1.	HIPOACUSIA BILATERAL
2.	OTALGIA

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)
2024-11-05	9H00
PRIMER NOMBRE	
MARCO	
PRIMER APELLIDO	
ALFUA	
SEGUNDO APELLIDO	
CEDEÑO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
1311550657	
Sello	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN		
REFERENCIA 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 TERAPEÚTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO	
1.	
2.	

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	Sello