

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA HSP	UNICÓDIGO 73641	ESTABLECIMIENTO DE SALUD #.Bom Pedrón 2.513	TIPOLOGÍA 2	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1305541342	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Cedeno	SEGUNDO APELLIDO Parraga	PRIMER NOMBRE Moisés del	SEGUNDO NOMBRE Rosario	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 08/01/60
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0998064343 - 0986001620		REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☐ D ☐ M ☐ A ☒	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA Manabí CANTÓN Pedernales PARROQUIA Pedernales		MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de		6. Problemas de 7. Insuficiencia de 8. Inadecuada capacidad 9. Ausencia de la	
				SEGURO SALUD PRINCIPAL IESS-G ☐ IESS-C ☐ ISSPOL ☐ ISSFA ☐ PRIV. ☐	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA HSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD C. Externa	SERVICIO Otorrinolaringología	ESPECIALIDAD
---------------------------------------	---	---	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Femenina de 64 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, hipotensión, diabetes mellitus y procedimientos auditivos por presentar disminución progresiva de audición auditiva, desde hace varios años además se acompaña de zumbidos y vértigo.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Otorrinolaringología: perforación bilateral de membranas timpánicas 70%

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Perforación de membrana timpánica #718	☒	H90.0		☒			
2. Hipoacusia bilateral	☒	H90.0		☒			
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 11/02/2020	HORA (hh:mm) 13:00	PRIMER NOMBRE X. Morales	PRIMER APELLIDO Morales	SEGUNDO APELLIDO Manuel
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 060408764-3		FIRMA 		
		SELLO Dr. Washington Morales MEDICINA INTERNA C.I.: 060457764-3		

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	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