

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		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	1305933366		1305933366																												
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																											
AMPUERO	MERA	JACINTA		ASUNCION	M	19/08/1964	60	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	H	D	M	A																							
H	D	M	A																																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐																											
0982433452 0982378544		IESS CAMPESINO		MOTIVO																															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		<table><tr><td>☐</td><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☒</td></tr></table>							☐	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 resolutive.	☐	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒
☐	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 resolutive.	☐																																	
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒																																	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																																	
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE																																	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINO DE 60 AÑOS DE EDAD, PRESENTA HIPOACUSIA BILATERAL DE LARGA DATA DE EVOLUCION. PACIENTE UTILIZA AMPLIFICADOR DESDE HACE 2 AÑOS APROXIMADAMENTE AL MOMENTO SE ENCUENTRA AFEBRIL, CONSCIENTE Y ORIENTADA. SIGNOS VITALES EN RANGOS NORMALES. SE RECOMIENDA AUDIOMETRIA ACTUALIZADA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AUDIOMETRIA PENDIENTE REALIZAR

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL		H903	☒		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	11:00:00	WENDY	ESCOBAR	HOLGUIN
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312452186				

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

	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	