

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1306046960		1306046960				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
ZAMBRANO		CEDEÑO		JORGE		MANUEL		F	22/08/1968	56	H	D
											M	A
												X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
986842432				X				1 2 3 4 5 6 7 8 9				
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				
PARROQUIA				4 Equipos en mal estado				9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
MANABI				5 Problemas de infraestructura				X X				
CHONE				CHONE								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 56 AÑOS DE EDAD SIN APP

USUARIO QUE REFIER CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISFONIA QUE SE EXASERBA AL HABLA

ADEMAS REFIERE ESPISTASIS A REPITICION CON DIFILCULAD A LA RESPIRACION MAS QUE TODO NOCTURNA

PRESENTA SENSACION DE ESTENOSIS EN ORIFICIO DERECHO

ACTUALMENTE CONCIENTE ACTIVA ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE*	PRESUNTIVO	DEF*	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	DISFONIA			R490		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
25/09/2024	10:00	GEORGE		CUSME		MENENDEZ	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1312195694							

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
							4.			
							5.			
							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			

