

| 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                                                                                                                                                |                  |
| EIR                                                         |  | 1421                       | HOSPITAL BARCO CHONE     |               | I         | 1308411337                       |  | 662388                                                                                                                                                           |                  |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO           |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                                                                                                                             | FECHA NACIMIENTO |
| ZAMBRANO                                                    |  | SANCHEZ                    |                          | DOLLY         |           | MARISCAL                         |  | F                                                                                                                                                                | 09/11/1978       |
| Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  | LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                       |  | MOTIVO                                                                                                                                                           |                  |
|                                                             |  | PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA |                          |               |           |                                  |  | 6 Problemas de abastecimiento<br>7 Insuficiencia de profesionales<br>8 Inadecuada capacidad resolutiva<br>9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |
| MANABÍ CHONE CHONE                                          |  |                            |                          |               |           |                                  |  | <input type="checkbox"/> 6<br><input type="checkbox"/> 7<br><input type="checkbox"/> 8<br><input checked="" type="checkbox"/> 9                                  |                  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                                  |                      |
|---------------------------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | SERVICIO             |
| NIF                                                     |  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | CE                   |
|                                                         |  |                                  | ESPECIALIDAD         |
|                                                         |  |                                  | OTORRINOLARINGOLOGIA |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| SE TRATA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA AREA DE HOSPITALIZACIÓN, MC DOLOR EN EL OIDO IZQUIERDO DOLOR D OIDO IZQUIERDO Y AREAPERIAURICULAR SIN SIGNOS DE INFLAMACIÓN NI SECRECIÓN, ADEMAS DISMINUCIÓN DE AUDICIÓN DEL MIMSMO LADDO DE YA VARIOS MESES TRAE INOFRME DE RADIOGRAFIA LA CUAL REVELA AUMENTO DE VOLUMEN DE CORNETS Y PRESENCIA DE IMAGEN RADIO OPACA CONTIGUA TABIQUE NASAL INTERNO DE APROXIMADAMENTE 1CM DE DIAMETRO CON SOSPECHA DE POLIPO NASAL DE FOSA NASAL IZQUIERDA |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| SOLICITADOS                                                       |  |
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                               | PRE- PRESENTACIÓN | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------|-------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | POLIPO NASAL, NO ESPECIFICADO |                   | J339 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             | SINUSIS                       |                   | J660 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.             |                               |                   |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |                                                                                               |                 |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|--|
| FECHA (año-mes-día)                   | HORA (hh-mm) | PRIMER NOMBRE                                                                                 | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 25/03/2025                            | 08H30        | FABRICIO                                                                                      | PALMA           | COPERA           |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                                         |                 |                  |  |
| 1310741671                            |              | Dr. Fabricio Palma COPERA<br>MEDICO OCUPACIONAL<br>INSP 13 08 576 12<br>11-05-12-011-13741671 |                 |                  |  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |                    |    |                        |  |
|---------------------------------------------|--|--------------------|----|------------------------|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  | SI                 | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |
|                                             |  |                    |    |                        |  |
| 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 | FECHA (año-mes-día) |
|                                                                                       |  |                          |                     |
|                                                                                       |  | DISTRITO                 |                     |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO |  |
|-------------------------------|--|
|                               |  |
|                               |  |
|                               |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |
|                                                                   |  |

| E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS |  |
|----------------------------------------------------------|--|
|                                                          |  |
|                                                          |  |
|                                                          |  |

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE- PRESENTACIÓN | 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 (año-mes-día)                   | HORA (hh-mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |              |               |                 |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                 | SELLO            |  |
|                                       |              |               |                 |                  |  |