

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			
IES			HOSPITAL CHONE			1308699428		26901			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
ZAMBRANO		MENDOZA		DIGNA		CHISLAIRE		M	27/12/1978	45	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA		DERIVACIÓN			
								70200003			
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 resolutoria.			
PARROQUIA						4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			
MATIASI						5. Problemas de infraestructura.		X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		OTORRINOLARINGOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA ACUDE POR CONTROL DE FARINGITIS POR REFLUJO, RINITIS ALERGICA PERDIDA PROGRESIVA Y ACTUALMENTE TOTAL DE AUDICION OIDO DERECHO CONTINUA CON ESTORNUDOS EN SALVA, PRURITO NASAL DE GARGANTA Y DE OIDOS YA EVALUADO POR OTORRINO HACE VARIOS AÑOS. REIERE SORDERA DERECHA DESDE LA ADOLESCENCIA. COFOSIS DERECHA. RSCS: RITMICOS Y SIN SOPLOS. CSPS: BEAB	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
BIOMETRIA Y AZOADOS DENTRO DE RANGOS	

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESENTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, UNIL. ATERAL			H907					
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
22 01 2025		DEMETRIO	MARTILLO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
909356750				

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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESENTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.									
2.									
3.									

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