

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	
MSP		1410	HBAGA		B	1309167037		1309167037	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
MENENDEZ		LOOR		MARTHA		GABRIELA		F	1905/1979
EDAD		CONDICIÓN ESAD (MARICAR)							
46		H D M A							
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0993211959		X				6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Insuficiencia de capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica		2. Falta de espacio físico		3. Falta de equipamiento		4. Equipos en mal estado	
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		5. Problemas de infraestructura			
MANABI		BOLIVAR		CALCETA					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	REUMATOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS ACTUALMENTE CONTROLADAS, PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR TINUTIS DE OÍDO DERECHO DESDE HACE 6 MESES DE EVOLUCIÓN QUE SE ACOMPAÑA DE MAREP ROTATORIO HA ANTENIDO TRATAMIENTO CON MICROSER EN DOSIS DE 24 MCG EN EL SINTOMA ES PERSISTENTE, ADEMÁS REFIERE QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE CEFALEA DE TIPO PESADEZ EN REGIÓN OCCIPITAL IZQUIERDA QUE SE ACOMPAÑA DE RUPTURA DE VASOS SANGUÍNEOS EN OJO IZQUIERDO EL CUAL SE PRESENTA EN HORAS NOCTURNAS (SUEÑO), PACIENTE CON DIFICULTAD VISUAL BILATERAL CON MAYOR PREDOMINIO DEL LADO IZQUIERDO, MANTIENE MEDICIÓN DE LENTES NO ADECUADO PARA SUS MEDIDAS, AL MOMENTO PRESENTA DOLOR DE GRAN INTENSIDAD A NIVEL OCULAR IZQUIERDO, SE REALIZA PALPACIÓN OCULAR CON EVIDENCIA DE AUMENTO DE PRESIÓN DEL OJO IZQUIERDO ADEMÁS PRESENTA FATIGA Y TRASTORNO DEL SUEÑO Y DOLOR INTENSO EN LA ARTICULACIÓN POR LO QUE SE DECIDE VALORACIÓN POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE-TRATAMIENTO	DEF-DEFINITIVO	CE	PRE	DEF
1.	FIBROMIALGIA			M797		X
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (HH:MM)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/11/2025	10H00	MARCO	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311550667				

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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-TRATAMIENTO	DEF-DEFINITIVO	CE	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	