

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		8	1308519709		1308519709			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
CORNEJO		CASTILLO		MARIA		LUIZA		M	12/05/1982	41	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
979691986				x							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO							
1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento							
2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales							
3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive							
4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
5. Problemas de infraestructura.											
PROVINCIA	CANTON		PARROQUIA								
Manabí	Flavio Alfaro		Flavio Alfaro								

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS DE EDAD . APP DE HIPOACUSIA UNILATERAL IZQUIERDA SUBITA. CRISIS VERTIGINOSA ESPORADICAS. DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN. AI MOMENTO CONTINUA CON LA HIPOACUSIA UNILATERAL IZQUIERDA CONGESTIÓN ÓTICA CEFALEA PARIETAL IZQUIERDA. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIMÉTRICO SIN ADENOPATÍAS PALPABLES. TÓRAX SIMÉTRICO SIN ADENOPATÍAS NI MASAS PAIPABLES. ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE RHA AUDIBLES NO SE PALPAN VISCEROMEGALIAS EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTE. SIGNOS VITALES PRESIÓN. 100/60 MMHG T 36 Pulso 75x RESPIRACIÓN 20x SATURACIÓN 98% . SE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR EI SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
TAC CRÁNEO	
AUDIOMETRÍA	
VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA	

E. DIAGNÓSTICO		PRE* PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	ENFERMEDAD DE MENIERE			H81.0	X				
2.								X	
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
18/9/2024	14:00	Rómulo		Muñoz	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1312022369		Dr Rómulo Muñoz Medicina General			

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	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.									
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	