

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	
EIA		1421	HOSPITAL BARGO CHONE		2	1310510399		26871	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
CARRERA		ZAMBRANO		MARIA		F	26/05/1984	30	H D M A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
D DAME(3)1237									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.			
MANABÍ	CHONE	CHONE		3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.			
				4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutoria.			
				5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	CE	OTORRINOLARINGOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SE TRATA DE PACIENTE 39 AÑOS DE EDAD ACUE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARÁCTERIZADO POR EPISODIOS CONTINUOS DE OBSTRUCCION DE FOSAS NASALES RONQUIDO NOCTURNO CEFALEA DE LA REGION ANTERIOR DE LA CABEZA QUE POR MOMENTOS LE DISFICULTA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS

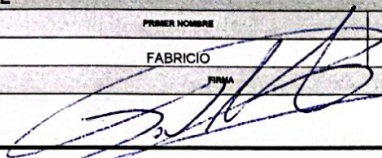
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SOLICITADOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1. SINUSITIS	J660		X
2.			
3.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28/05/2024	12H15	FABRICIO	PALMA	COBOERA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1310741671				

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
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

Subida 19-2-2025