

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
PRIMER APELLIDO	CEDEÑO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO
NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	097692021	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	CANTÓN	PAISAJERA	ZAPALLO
PROVINCIA	MANABI	FLAVIO ALFARO	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.	☐
2. Falta de espacio físico.	☐
3. Falta de equipamiento.	☐
4. Equipos en mal estado.	☐
5. Problemas de infraestructura.	☐
6. Problemas de abastecimiento.	☐
7. Insuficiencia de profesionales.	☐
8. Insuficiente capacidad resolutiva.	☐
9. Asistencia de la prestación en la carrera de servicios.	☐

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
		CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 39 AÑOS QUE ACUDE A EMERGENCIA POR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN OÍDO IZQUIERDO, AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA ENROJECIMIENTO Y MASA EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, PACIENTE REFIERE PRURITO, DOLOR TIPO PUNZANTE Y DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN.

PACIENTE SIN MEJORA POSTERIOR AL TRATAMIENTO MÉDICO POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DE LA PIEL DE LA OREJA Y DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO	D232		X			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd/mm/aa)	30/10/2025	HORA (hh:mm)	8:00	PRIMER NOMBRE	TAYNOVA	PRIMER APELLIDO	SILVA	SEGUNDO APELLIDO	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	1312582487	FIRMA		SELLO					

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 (dd/mm/aa)
-------------------------	--------------------------	----------	------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd/mm/aa)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO					