

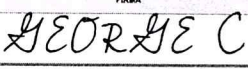
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1311480394		1311480394	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
BENAVIDES		CALDERON		JOSE		LUIS	F	16/04/1982	42
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
958704755					☒	☐			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA			1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				
MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO			6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS DE EDAD CON APP HTA PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 2 SEMANA CARACTERIZADO POR MAREOS, ACOMPAÑADO DE NAUSEAS, CEFALEA, TINITUS. PERO ACTUALMENTE DE HAN INTENSIFICADO LOS VERTIGOS EN TIEMPO E INTENSIDAD TRATADO CON MICROSER, ANAUTIN LOS CUALES YO NO HACEN EFECTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Colesterol total * 201.57 Triglicéridos * 233.76

E. DIAGNÓSTICO																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE= PRESUNTIVO</th> <th>DEF= DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO</td> <td></td> <td></td> <td>H811</td> <td>X</td> <td></td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	1. VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO			H811	X		4.				2.						5.				3.						6.			
	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF																															
1. VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO			H811	X		4.																																		
2.						5.																																		
3.						6.																																		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
6/1/2025	8:30	GEORGE		CUSME	MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1312195694					

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																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRE= PRESUNTIVO</th> <th>DEF= DEFINITIVO</th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th></th> <th>CIE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6.</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	1.						4.				2.						5.				3.						6.			
	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF																															
1.						4.																																		
2.						5.																																		
3.						6.																																		

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	

