

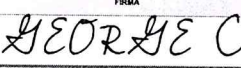
A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1311480394		1311480394			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS DE EDAD CON APP HTA	
PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLÍNICO 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									
	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	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.						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	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1311480394	NÚMERO DE ARCHIVO 1311480394
PRIMER APELLIDO BENAVIDES	SEGUNDO APELLIDO CALDERON	PRIMER NOMBRE JOSE	SEGUNDO NOMBRE LUIS	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 12-05-1981
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 958704755		REFERENCIA ☒		DERIVACIÓN ☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL MANABI FLAVIO ALFARO FLAVIO ALFARO		MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H D M A ☐ ☐ ☐ ☒	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO CONSULTA EXTERNA	ESPECIALIDAD OTORRINOLARINGOLOGÍA
--------------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 42 AÑOS DE EDAD CON APP HTA
PACIENTE QUE REFIERE CUADRO CLÍNICO 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

PRE-PRESUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO		H811	☒				
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 6/1/2025	HORA (hh:mm) 8:30	PRIMER NOMBRE GEORGE	PRIMER APELLIDO CUSME	SEGUNDO APELLIDO MENENDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312195694		FIRMA GEORGE C		SELLO GEORGE GABRIEL CUSME MENENDEZ

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	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

32013470000 - HOSPITAL SAN ANDRES
SPRYN - ROL DE PAGO

Ejercicio Fiscal: 2024
Tipo Nómina: FONDOS DE RESERVA
Descripción Nómina: 320-1347-GRUPO 51 FONDOS DE RESERVA MES DE FEBRERO
2024 PARA LOS FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL SAN
ANDRES MEMORANDO NRO. MSP-CZ4-13D07-HBSA-
D-2024-0382-M.

Fecha de Elaboración: 05/03/2024 04:00:27
Número de CUR: 85
Periodo Nómina: FEBRERO

IDENTIFICACIÓN: 1304999939

NOMBRES: ZAMBRANO ZAMBRANO MIRELLA MALLERLINE

No.	INGRESO	MONTO
1	510602 FONDOS DE RESERVA INGRESO	75.05
		75.05

No.	DESCUENTO	MONTO

No.	APORTES	MONTO

LÍQUIDO A PAGAR: 75.05

No.	DETALLE (Líquido a Pagar)	NÚMERO DE CUENTA	PORCENTAJE	VALOR
1	DINERO BANCA PRIVADA	104415113		75.05