

## 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                                   | 1410             | HBAGA                    | B                               | 1311793879                       | 1311793879        |      |                                                         |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                  | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                 |
| SOLORZANO                             | CUSME            | MAGALY                   | ELIZABETH                       | M                                | 13/6/1982         | 42   | H D M A                                                 |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |                          |                                 | REFERENCIA                       | DERIVACIÓN        |      |                                                         |
| 0987122624/0985606122                 |                  |                          |                                 | X                                |                   |      |                                                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                          |                                 | MOTIVO                           |                   |      |                                                         |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                | 1. Accesibilidad geográfica     |                                  |                   |      | 6. Problemas de abastecimiento                          |
| MANABI                                | BOLIVAR          | CALCETA                  | 2. Falta de espacio físico      |                                  |                   |      | 7. Insuficiencia de profesionales                       |
|                                       |                  |                          | 3. Falta de equipamiento        |                                  |                   |      | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     |
|                                       |                  |                          | 4. Equipos en mal estado        |                                  |                   |      | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |
|                                       |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura |                                  |                   |      |                                                         |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR MAREOS DOLOR DE CABEZA PERDIDA DEL EQUILIBRIO EN VARIAS OCASIONES VALORADA HACE VARIOS AÑOS POR ORL DONDE LE DIAGNOSTICA ENFERMEDAD DE MENIERE LE INDICARON TRATAMIENTO LA CUAL SE SINTIO POCO DE MEJORIA AL MOMENTO SE ENCUENTRA CON LA CRISIS A PESAR DE LA MEDICACION NO MEJORA POR LO QUE SE DECIDE VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. DIAGNÓSTICO

| 1. | ENFERMEDAD DE MENIERE | CIE  | PRE | DEF | 4. | 5. | 6. |
|----|-----------------------|------|-----|-----|----|----|----|
|    |                       | H810 |     | X   |    |    |    |
| 2. |                       |      |     |     |    |    |    |
| 3. |                       |      |     |     |    |    |    |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                                                            |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                              | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-12-12                            | 10:10        | MARCO                                                                                      | AZUA            | CEDEÑO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        | SELLO                                                                                      |                 |                  |
| 1311550667                            |              | Dr. Marcos Azua Cedeño<br>ESPECIALISTA EN<br>MEDICINA GENERAL INTEGRAL<br>C.I. 131155066-7 |                 |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |   |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|---|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | X | 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 (aaaa-mm-dd) |
|                         |                          |          |                    |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

## F. DIAGNÓSTICO

| 1. |  | CIE | PRE | DEF | 4. | 5. | 6. |
|----|--|-----|-----|-----|----|----|----|
|    |  |     |     |     |    |    |    |
| 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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |