

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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						
MSP		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1311858565								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BRAVO		ZAMORA		NIEVE		DEL CARMEN		F	03/08/1980	45	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCIÓN		REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO						
0985800039-0982990954		MSP	CDLA. JAIME ROLDOS		X			6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		JUNIN		JUNIN		X								

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 FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE RUPTURA DE MEMBRANA TIMPANICA DE DIAGNOSTICO HACE APROXIMADAMENTE 8 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR DISMINUCION DE AGUDEZA AUDITIVA EN OIDO DERECHO CON RESULTADOS DE OTOSCOPIA DONDE LE INDICAN EL 90% DE LA MEMBRANA AFECTADA, SE ENCUENTRA CON SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGIA DE FORMA PARTICULAR DONDE LE HAN INDICADO QUE TOME ANTIHISTAMINICOS Y ANTIBIOTICOS PROFILACTICOS DE FORMA PERIODICA SIN MEJORIA CLINICA POR LO QUE SE DECIDE REFERIR. ADEMAS PRESENTA DOLOR EN LA MANDIBULA QUE LE DIFICULTA Y LE DUELE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	OTRAS PERFORACIONES DE LA MEMBRANA TIMPANICA			H728		X	4.						
2.													

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/10/02		10:00		ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN						FIRMA		SELLO	
1309015111								ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA		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 EXAMENES 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.						

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	