

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	1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1312057126						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
GUADAMUD	ARTEAGA	CARLOS	ARTURO	H	04/11/1993	31	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO					
968757760	MSP		X		6. Problemas de abastecimiento.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	8. Inadecuada capacidad resolutive							
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	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	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO JOVEN CON DISCAPACIDAD AUDITIVA 40 %, USO DE AUDIFONOS EN LA VIDA DIARIA. CUANDO SE LOS RETIRA NO ES POSIBLE PARA EL COMUNICARSE. PACIENTE NECESITA RENOVACION DE DOCUMENTO CEDULA POR TAL RAZON ATENCION PRIMARIA DERIVA CON OTORRINOLARINGOLOGIA PARA VALORACION, TRATAMIENTO Y REALIZACION DE AUDIOMETRIA. CON RESULTADO DE AUDIOMETRIA SE ELABORARA DESDE PRIMER NIVEL ANEXO PARA RECALIFICACION POR MEDICO CALIFICADOR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. EXAMEN DEL OIDO Y DE LA AUDICION	Z011		X	4.			
2. PERDIDA DE LA AUDICION NO ESPECIFICADA	H9193		X	5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/12/2024	10:00:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1308639879				



Firmado electrónicamente por:
IGNACIO XAVIER
MANRIQUE AVEIGA

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

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.				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	