

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP			CENTRO SALUD SAN BARTOLO		A	1312238502			1312238502					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
FERRIN		FLORES DE VALGA		FABIA		FRANCELLI		F	23/10/01	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN								
0996142136						X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO									
					1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.									
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABÍ	BOLÍVAR		CALCEFA											

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA

MUJER DE 23 AÑOS CON APP HIPERTROFIA DE CORNETES Y RINITIS ALERGICA DE LARGA DATA, APQ NIEGA, ALERGIA NIEGA, APF PADRE CON HTA Y ABUELOS CON HTA ACUDE CON CUADRO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, MAS PRURITO NASAL Y CONJUNTIVAL, REFIERE USO DE MEDICACION ANTIHISTAMINICOS VIA ORAL MAS USO DE MOMETASONA SPRAY SIN MEJORIA DE CAUDRO A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE OBSERVA ABUNDANTE RINORREA EN AMBAS FOSAS, FARINGE HIPERÉMICA, HOY CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA YA DESCRITA.

EXAMENES DE LABORATORIO QUE REVELAN IGE 589 IU/ML

1.	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	J343		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
08/10/25	12:30:00	GARRIFI	INTRIAGO	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310605587				

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA		☐	REFERENCIA INVERSA		☐						

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	