

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN	SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO				
		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	II	1313262337	1313262337				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO	ZAMBRANO	PABLO	ENRIQUE		25/08/1990	34	H	D	M	A
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
998885706		X				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								
MANABI	CHONE	CHONE								

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

IENTE MASCULINO DE 34 AÑOS CON APP ASMA ALERGICO A LOS AINES

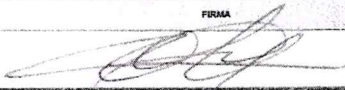
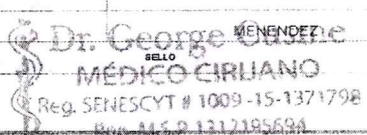
IENTE QUE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE MAS O MENOS 10 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR HIPER PRODUCCION DE MOCO

E DIFICULTA LA RESPIRACIÓN Y MAS AUN EN LAS NOCHES LA CUAL PRODUCE RONQUIDO QUE DIFICLTA EL SUEÑO. EL CUAL DUERME CON LA BOCA ABIERTA

ATADO CON MEDICAMENTOS CONVENCIONALES SIN MEJORIA DE SU CUADRO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES			J352	X				

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
7/11/2024	8:30	GEORGE	CUSME
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
1312195694			
			

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

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

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

DIAGNÓSTICO	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	
			
		SELLO	

