

Formulario de datos personales y de establecimiento. Incluye campos para: Primer apellido (RAMIREZ), Segundo apellido (VERA), Primer nombre (MARIA), Segundo nombre (MARISELA), Sexo (F), Fecha nacimiento (01/08/1996), Edad (29), No. teléfono (989221446), Provincia (MANABI), Lugar de residencia actual (FLAVIO ALFARO), Parroquia (FLAVIO ALFARO), Establecimiento de salud (MSP), Tipo de historia clínica única (1313829937), Número de archivo (1313829937), y Motivos de derivación (X).

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO. PACIENTE DE 29 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADOS POR EPISODIOS DE VERTIGOS, ACOMPAÑADO DE MAREOS, TINITUS VOMITOS, ESPORADICOS QUE EXACERBAN EN AREA DE TRABAJO, ADEMAS DISMINUCION DE LA AGUDEZA AUDITIVA. APP: HTA DIAGNOSTICADA ACTUALMENTE EN TTO CON LOSARTAN 50 MG VO QD. MELLIZA CON HIPOACUSIA - ABUELO PATERNO HIPOACUSIA. APP: HERMANA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS. HIPOACUSIA SENSORIAL DE GRADO LEVE CON DESCENSO A MODERADO EN LAS FRECUENCIAS 2000HZ A 6000 HZ. OTOSCOPÍA.

E. DIAGNÓSTICO. HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL. H903. X. F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE. FECHA: 08/10/2025. HORA: 13:11. PRIMER NOMBRE: ERICK. PRIMER APELLIDO: MEDRANDA. C.E.D.E.N.O. 1311855389. REG. SANEAMIENTO: 1003-2016-1152007.

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN. CONTRAREFERENCIA: SI [] NO []. REFERENCIA INVERSA: SI [] NO [].

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. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS.

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS.

DIAGNÓSTICO. PRET. PRESUNTIVO: DEF. DEFINITIVO: CIE: PRE: DEF: 4. 5. 6.

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

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE. FECHA: HORA: PRIMER NOMBRE: PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: FIRMA: SELLO: