

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA H.S.P.	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSP. BASICO DE PEDERNALES	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1315105260	NÚMERO DE ARCHIVO 1315105260
PRIMER APELLIDO VICUÑA	SEGUNDO APELLIDO BAZUNTO	PRIMER NOMBRE JULIAN	SEGUNDO NOMBRE JENICO	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 2014/09/23
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0992381613		REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H ☒ D ☐ M ☐ A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA MANABÍ CANTÓN PEDERNALES PARROQUIA PEDERNALES		MOTIVO 1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de		6. Problemas de 7. Insuficiencia de 8. Inadecuada capacidad 9. Ausencia de la	
				SEGURO SALUD PRINCIPAL IESS-G ☐ IESS-C ☐ ISSPOL ☐ ISSFA ☐ PRIV. ☐	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA M.S.P.	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CONSULTA/EXTERNA	SERVICIO OTOLINGUINATOLOGIA	ESPECIALIDAD
--	---	---------------------------------------	--------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE POR ACOMPAÑADO, DE CEFALIA Y FEBRIL, REFIERE PROBLEMAS PARA LA RESPIRACION DURANTE LOS HORARIOS NOCTURNOS, NO ALERGIAS, NO ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE HIPERTENSION. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DESVIACION DEL TABIQUE NASAL, Y LEVE DOWN AL MOVIMIENTO DE FOSAS NASALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. DEFORMACION O DESVIACION DEL TABIQUE NASAL				X			
2.							
3.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 29/11/24	HORA (hh:mm) 14:46	PRIMER NOMBRE JEAN CARLOS	PRIMER APELLIDO SANTOS	SEGUNDO APELLIDO ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 131054296-2		Ministerio de Salud Pública Dr. Jean Carlos Santos Zambrano C.I. 1310542962 MEDICO CIRUJANO REG. CENESCYT: 1009-2019-2496522		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE* PRESUNTIVO	DEF* DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.							
2.							
3.							

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	SELO	