

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		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1315431286								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
VERGARA		GARCIA		MARIA		CONSUELO		F	19/05/1999	26	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0999791954		MSP	MEMBRILLO		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO									
1. Accesibilidad geográfica.					6. Problemas de abastecimiento.									
2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.									
3. Falta de equipamiento.					8. Inadecuada capacidad resolutiva									
4. Equipos en mal estado.					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios									
5. Problemas de infraestructura.					X									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		JUNIN		JUNIN										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

MSP	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGIA
-----	------------------	----------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD CON APP DE CUADRO RESPIRATORIO A REPETICION QUE SE TRADUJO COMO CUADRO DE BRONQUITIS ALERGICA POR PRESENTAR TOS SECA POCA PRODUCTIVA QUE SE EXACERBA EN LAS NOCHES QUE NO PUEDE DORMIR AH LLEVADO DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTO QUE NO MEJORA ADEMAS SE REALIZA RX DE TORAX SE EVIDENCIA AUMENTO DE LA TRAMA BRONQUIAL AL EXAMEN FISICO LEVES SIBILANTES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES FUE VALORADA POR NEUMOLOGIA SIN EMBARGO NO ENCONTRARON CAUSA APARENTE EN ESTA ESPECIALIDAD POR LO QUE LA NEUMOLOGA LE SUGIERE A LA PACIENTE QUE DEBE SER VALORADA POR OTORRINOLARINGOLOGIA POR PRESUNTO CASO DE FARINGITIS ALERGICA POR LO QUE SE DECIDE REFERIR.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	FARINGITIS CRONICA		J312		X	4.			
2.						5.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/01/23	8:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1309015111				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319			

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.						4.			
2.						5.			

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			