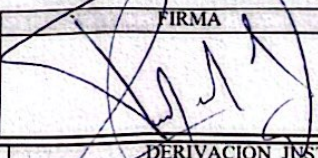


A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE										
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS			HOSPITAL BASICO CHONE				1315568582 543954		747224	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	Sexo	FECHA NACIMIENTO	Edad	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
LOOR		CEDENO		MAYKEL	SNEYDER	M	20-05-2009	16	H ☐ D ☐ M ☐ A ☒	
No. TELEFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN				
85391435						X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		7. Insuficiencia de profesionales.				
MANABI		CHONE		SANTA RITA		8. Inadecuada capacidad resolutive				
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X		
				5. Problemas de infraestructura.						
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA										
Entidad del Sistema			Establecimiento de Salud			Servicio		Especialidad		
						Consulta Externa		OTORRINOLARINGOLOGIA (CE)		
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO										
PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD CON APP DE SALUD QUE EL DIA DE HOY SE VALORA REFIERE QUE DESDE HACE UNOS MESES ESTA PRESENTANDO DOLOR DE OIDOS ADEMÁS DE LA PRESENCIA DE SECRECION SEORSA LLEVA VARIOS TTO MEDICO SON MEJORIA CLINICA POR LO QUE AMERITA VALORACION POR LO OTORRINO										
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS										
NADA SENALAR										
E. DIAGNOSTICO										
						PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
OTRAS RINITIS ALERGICAS								J303	X	
OTITIS MEDIA CRONICA SEROSA								H652	X	
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		
2025-08-19 16:08						GRACIA CEDENO LUIS HERNAN				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				FIRMA		Dr. Luis Gracia Cedeño				
0803156108						MEDICINA FAMILIAR RP - CU - 15 - 14566				
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACION JUSTIFICADA				
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 CLINICO										
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS										
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS										
F. DIAGNOSTICO										
						PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE										
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION				FIRMA		SELLO				
Servicio		Sub-Servicio		Nivel		Código		Procedimiento		
Otros		Otros		Otros				VALORACION INTEGRAL		

REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA