

# A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |               |                          |                                                         |                                  |                   |
|---------------------------------------|------------------|---------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |                  | UNICÓDIGO     | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA                                               | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
| MSP                                   |                  | 1410          | HBAGA                    | B                                                       | 1315589885                       | 1315589885        |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE |                          | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  |
| VITE                                  | MACIAS           | BRIGITTE      |                          | JULEIDY                                                 | M                                | 21/02/2007        |
| Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |               |                          | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN                       |                   |
| 0968235020/0968958064                 |                  |               |                          | X                                                       |                                  |                   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |               |                          | MOTIVO                                                  |                                  |                   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA     |                          | 6. Problemas de abastecimiento                          |                                  |                   |
| MANABI                                | BOLIVAR          | CALCETA       |                          | 7. Insuficiencia de profesionales                       |                                  |                   |
|                                       |                  |               |                          | 8. Inadecuada capacidad resolutiva                      |                                  |                   |
|                                       |                  |               |                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                   |

# B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     |                          | CONSULTA EXTERNA | ORL          |

# C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA CON APP DE SÍNDROME DE SPRINGER + AGENESIA RENAL DERECHA ACUDE A NUESTRO SERVICIO POR PRESENTAR HIPOACUSIA CONDUCTIVA SIN SEGUIMIENTO HACE VARIOS AÑOS LA CUAL AMERITA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA NOS REFIERE EL FAMILIAR QUE HACE 15 DÍAS PRESENTO HEMATURIA POR LO QUE DECIDO VALORACIÓN POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

# D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

# E. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRINCIPAL           | DEF. DEFINITIVA | CS   | PRE | DEF |
|-------------------------|-----------------|------|-----|-----|
| 1. HIPOACUSIA COGNITIVA |                 | H900 | X   |     |
| 2.                      |                 |      |     |     |
| 3.                      |                 |      |     |     |

# F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (HH:MM) | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-07-28                            | 10:00        | MARCO         | CEDENO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |                  |
| 1311550667                            |              |               |                  |

# G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | 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

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

# D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

# E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

# F. DIAGNÓSTICO

| PRE-PRINCIPAL | DEF. DEFINITIVA | CS | 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         |                 | SELLO            |
|                                       |              |               |                 |                  |