

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	
IESS		002241	DISPENSARIO DOS BOCAS	CENTRO DE SALUD TIPO A	1310123312	1035	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
ROMERO	SACON	JORDYN		ERNESTO	M	2010-03-05	14
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
0987070708				X		H D M A	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			
MANABÍ	BOLIVAR	MEMBRILLO		X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGO

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 14AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR ACTUALIZACION DE REFERENCIA POR CONTROL Y SEGUIMIENTO POST QUIRURGICO POR OTORRINOLARINGOLOGO

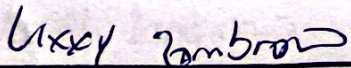
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX DE TORAX, EKG, LABORATORIO

E. DIAGNÓSTICO

PRE+ PRESUNTIVO DEF+ DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF
1. OTROS TRASTORNOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS PARANASALES	J343		X
2. HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES			
3.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-19	10:00	LIXXY	ZAMBRANO	HIDALGO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311703431				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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
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		