

19/8/1947

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
MSP		1410	HEGAGA		B	1316833484		1316833484	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
CASANOVA		BALAREZO		JESSICA		YOMAJA	F	10/10/2000	24
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
984535313				X				☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
PROVINCIA	CANTÓN	PERIODO		1. Accesibilidad geográfica					
				4. Equipos en mal estado					
				5. Problemas de infraestructura					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA

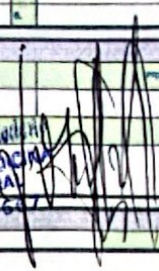
C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA SIN APP DE IMPORTANCIA, SIN ALERGIA DOCUMENTADAS, ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD NUESTRA UNIDAD POR HIPERTROFIA DE AMIGDALAS. AL MOMENTO PACIENTE REFIERE MANTENER INTENSO DOLOR QUE SE ACOMPAÑA DE SALIDA DE EXUDADO PURULENTO DESDE LAS AMIGDALAS, NIEGA FIEBRE, NIEGA TOS. ANTE LA CRONICIDAD DE CUADRO Y TRATAMIENTO QUE NO DISMINUYE HIPERTROFIA, MANIFIESTA QUERER DEL PACIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.	AMIGDALAS CRONICAS		J350		X			
2.								
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-02	9:30 AM	MARCOS	AZUA	CEDEÑO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311550667				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	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	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 TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD	CE	PRE	DEF	CE	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		
		