

OS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

TIPOLOGÍA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

SEXO

FECHA NACIMIENTO

EDAD

CONDICIÓN EDAD (M)

Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

REFERENCIA

DERIVACIÓN

MOTIVO

6. Problemas de abastecimiento
7. Insuficiencia de profesionales
8. Inadecuada capacidad resolutiva
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

1. Accesibilidad geográfica
2. Falta de espacio físico
3. Falta de equipamiento
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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente femenino de 16 años App de nistagmo prenio desde por
puedo referir por y exploración mucopurulentos abril
audible ruidos y distorsión bilaterales sin ruidos
estables y ruidos 15/15.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

rodio y ruidos y estudio complementarios

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESENTIVO

DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

otitis media
prenio

otitis media
prenio

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA

HORA

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

9/9/2025 som

1312022369

Rómulo Muñoz

Hospital Basico San Andrés
Dr. Rómulo Muñoz Morera
Medicina General
1312022369
Nº Registro: 1006-2017-1855270

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

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-PRESENTIVO

DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA

HORA

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO