

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			UNICÓDIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD			TIPOLOGIA		NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP			1410		HBAGA			B		1317118535							
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEXO			FECHA NACIMIENTO		EDAD			
SOLORZANO			UTRERAS			LISETH			GUADALUPE			M		23 / 05			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			0984955493 / 0980500921			REFERENCIA			X			DERIVACIÓN					
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.		
PROVINCIA			CANTÓN			PARROQUIA			6. Problemas de abastecimiento.			7. Insuficiencia de profesionales.			8. Inadecuada capacidad resolutoria		
MANABI			CALCETA			QUIROGA SITIO			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						x		
MATABALCA LLADO DE																	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP		CONSULTA EXTERNA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
		OTORRINOLARINGOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SE TRATA DE PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD ACUDE REFERIDA DEL CENTRO DE SALUD POR ANTECEDENTE DE FARINGITIS ESTREPTOCOCCICA CON PRUEBA DE ASTO ELEVADAS POR LO CUAL RECIBE A LOS 12 MESES POR 24 MESES PENICILINA BENZATINICA MENSUAL Y A LOS 7 AÑOS DE EDAD NUEVAMENTE LE REALIZA LA PRUEBA DE ASTO POR CONTROL NEGATIVA MADRE REFIERE RONQUIDOS NOCTURNOS Y OBSTRUCCION NASAL PERSISTENTE ADEMÁS INFECCIONES RESPIRATORIAS A REPETICION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EXAMEN FISICO : HIPERTROFIA DE ADENOIDES GRADO 2 Y AMIGDALAS GRADO 3	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HIPERTROFIAS DE LAS AMIGDALAS CON HIPERTROFIAS DE LAS			J353	X				
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
19/11/2024	11:30:00	JULISSA MARILYN	PICO	ANCHUNDIA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1313745398				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	X	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	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	SELLO	