

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					
		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO		A	1317277141							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
NAVARRETE		ZAMBRANO		YOMIRA		NATHALY	M	07-08-1995	30	☐ H	☐ D	☐ M	☐ A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0985594568		MSP		☒ Y		☐ N							
1. Accesibilidad geográfica. ☐													
2. Falta de espacio físico. ☐													
3. Falta de equipamiento. ☐													
4. Equipos en mal estado. ☐													
MOTIVO													
6. Problemas de abastecimiento. ☐													
7. Insuficiencia de profesionales. ☐													
8. Insuficiencia capacidad receptiva. ☐													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL													
PRIMARIA		CANTÓN		PARROQUIA									
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE SIN APP DE IMPORTANCIA, PRESENTA CUADRO SUBAGUDO DE MAS MENOS 22 DIAS DE EVOLUCION, QUE SE CARACTERIZA POR INICIO SUBITO, CON MAREOS, SIN PERDIDA DE CONCIENCIA, NI CAIDAS, LOS OBJETOS DAVAN VUELTA ALREDEDOR DE LA PACIENTE, CON INESTABILIDAD. CRISIS QUE SE REPETIAN TODOS LOS DIAS, FUE TRATADA POR MEDICO GENERAL CON BETAHISTINA 48 MG DIA, LUEGO POR MEDICO OTORRINO CON VERTIUN 25 MG DIA, LUEGO POR MEDICO NEUROLOGO QUIEN RETOMO EL TTO CON BETAHISTINA 24 MG DIA, ACTUALMENTE LAS CRISIS HAN DISMINUIDO, PERO PERSISTE ESA SENSACION DE INESTABILIDAD.

EXAMEN FISICO: OIDOS CON CAE NORMAL, PRUEBA DE NARIZ DEDO CON OJOS CERRADOS NORMAL. BAJO EL CONTEXTO DE UNA PACIENTE CON VERTIGO PERIFERICO, SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

SIN EXAMENES DE LABORATORIO.

E. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	OTROS VERTIGOS PERIFERICOS		H813		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
08-06-2026	15:00	IGNACIO		MANRIQUE		AVEIGA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1308639879							

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		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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

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	