

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		
MSP			ROCAFUERTE	B			1317682712		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
CHAVEZ	MERA		DILAN	JOSE	M	8/7/2008	17	H	D
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO	
0983383343 - 0999890463- 0994336481		SIN COBERTURA						1. Accesibilidad geográfica.	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL								2. Falta de espacio físico.	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA						3. Falta de equipamiento.	
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE						4. Equipos en mal estado.	
								5. Problemas de infraestructura.	
								6. Problemas de abastecimiento.	
								7. Insuficiencia de profesionales.	
								8. Inadecuada capacidad resolutive	
								9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

VARÓN DE 17 AÑOS QUE ACUDE POR DOLOR INTENSO EN OIDO DERECHO CON UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN, RELACIONADO LUEGO DE BAÑOS EN LA PISCINA Y EL MAR, ACOMPAÑADO DE FIEBRE, MALESTAR GENERAL, DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN DEL OIDO DERECHO, TRAGO POSITIVO, A LA OTOSCOPIA SE EVIDENCIA ABSCESO DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO SIN SUPURACIÓN, MEMBRANA TIMPÁNICA CONSERVADA. CONSUME CLINDAMICINA 300MG CADA 12 HORAS, SE APICA OTICUM CADA 4 HORAS, PERO CON LIGERA MEJORÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

NINGUNO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE
1.	H600 ABSCESO DEL OIDO EXTERNO	H600	X		4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
7/4/2026	14:00	FLERIDA ELIANA	ANDRADE	MOREIRA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1309650461				

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	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
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	