

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		1410	HBAGA		B	1350496319																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)													
MENOZCAL		VELEZ		MILEY		VICTORIA		F	27 / 12 / 2012	12	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>D</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>X</td> </tr> </table>		H	D	M	A				X			
H	D	M	A																				
			X																				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO															
0998802568 / 0979064168				X				<table border="1"> <tr> <td>1. Accesibilidad geográfica.</td> <td>6. Problemas de abastecimiento.</td> </tr> <tr> <td>2. Falta de espacio físico.</td> <td>7. Insuficiencia de profesionales.</td> </tr> <tr> <td>3. Falta de equipamiento.</td> <td>8. Inadecuada capacidad resolutoria</td> </tr> <tr> <td>4. Equipos en mal estado.</td> <td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td> </tr> <tr> <td>5. Problemas de infraestructura.</td> <td></td> </tr> </table>						1. Accesibilidad geográfica.	6. Problemas de abastecimiento.	2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.	3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutoria	4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	5. Problemas de infraestructura.	
1. Accesibilidad geográfica.	6. Problemas de abastecimiento.																						
2. Falta de espacio físico.	7. Insuficiencia de profesionales.																						
3. Falta de equipamiento.	8. Inadecuada capacidad resolutoria																						
4. Equipos en mal estado.	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios																						
5. Problemas de infraestructura.																							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																					
MANABI	BOLIVAR	CALCETA BARRIO SAN BARTOLO DIAGONAL																					

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

se trata de paciente de 12 años de edad acude por presentar un cuadro clínico de 2 años de evolucion caracterizado por infecciones respiratorias a repeticion madre refiere que presenta epitaxis de moderada cantidad en reposo y actividad fisica ademas presenta roquidos nocturnos y obstrucion nasal bilateral

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HIPERTROFIA DE AMIGDALAS CON HIPOERTOFIA DE LAS			J356	X				
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
03/02/2025	14:50:00	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	