

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		1314	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1350825178		1350825178						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SALVATIERRA		ACUÑA		ANTHONY		ADRIAN		M	21/5/2003	21	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
979691986					MOTIVO									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.									
PROVINCIA					2. Falta de espacio físico.									
CANTÓN					3. Falta de equipamiento.									
PARROQUIA					4. Equipos en mal estado.									
MANABI					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 GENERAL VEROI CEVALLOS		CONSULTA EXTERNA		OTORRINOLARINGOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES: HTA HACE 4 AÑOS. APF MAMÁ Y PAPÁ HTA. MOTIVO DE CONSULTA ACUDE POR CEFALEA. HOLOCRANEANA DE PREDOMINIO OCCIPITAL Y TEMPORAL Y DOLOR OIDO DE FORMA ESPORÁDICA, PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN POR MÉDICO ESPECIALISTA AFEBRIL , CUELLO SIMÉTRICO SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. TÓRAX SIMÉTRICO . CSPS CLAROS VENTILADOS , RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y NORMOFONETICOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO RHA AUDIBLES EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN PATOLOGÍA APARENTEMENTE. SIGNOS VITALES AL MOMENTO : PRESIÓN ARTERIAL 157/98 PULSO CARDÍACO 85x' T36.7 ° RESPIRACIÓN 19 x' SATURACIÓN 98% AL AMBIENTE. PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR OTORRINOLARINGOLOGÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

LEUCOCITOS #6.38X10@
NEUTROFILO %* 78.0
HEMOGLOBINA %12.6
TRIGLICÉRIDOS MG/DL140

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. COLESTEATOMA DE OIDO MEDIO	H71.1	X		4.	COLESTEATOMA DE OIDO MEDIO	H71.1	X
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
12/3/2025	9:00	RÓMULO		MUÑOZ		MOREIRA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312022369		RÓMULO ARGENIS MUÑOZ MOREIRA					

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	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	