

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		1338	CENTRO DE SALUD RESBALON		A	1350897177		1350897177						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ARMIJOS		MENDOZA		KAREN		SAYOHA		M	26/04/04	21	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENC		X		DERIVACI						
979777158		MSP												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA			CANTÓN			PARROQUIA								
MANABI			ROCAFUERTE			ROCAFUERTE								
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 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		OTORRINOLARINGOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 21 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR HACE VARIOS AÑOS DIFICULTAD PARA RESPIRAR ESPECIALMENTE EN HORAS DE LA MAÑANA Y LA NOCHE, ADEMAS DE TENER SANGRADOS NASALES DESDE SU NIÑEZ, LOS CUALES AL PASAR DE LOS AÑOS LE HAN PERSISTIDO, LLEVANDO MAS O MENOS UN MES QUE LE HAN AUMENTADO EN FRECUENCIA, MANIFIESTA QUE SOLO LE OCURRE EN FOSA NASAL IZQUIERDA DE MODERADA INTENSIDAD QUE SE ALIVIA CON TAPONAMIENTO NASAL, ACTUALMENTE CON TRATAMIENTO CON FLUTICASONA AM Y PM Y ALERCET, MANIFESTANDO QUE NO HA VISTO MUCHA MEJORIA DE SU CUADRO CLINICO A PESAR DE LLEVAR UN MES CON EL TRATAMIENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	EPISTAXIS			R040		X	4.			
2.	HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES			J343		X	5.			
3.	OTITIS			H66.0		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
20/82025	9:00:00	GUIDO		ROMERO		MEDRANDA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1312549858							

Validar únicamente con FirmaEC

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	