

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
EISS		1421	HOSPITAL BASICO CHONE			1382070252		664323	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
MURCIZ		MENECEZ		ADRIAN M ELIAS			M	2015/04/17	9
No TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		☐ 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 resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
MANABÍ	CHONE	CHONE							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
SUP	NAPOLION DAVALA CORCOVA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINO

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 9 AÑOS ACUDE POR CUADRO DE SANGRADO NASAL HACE VARIOS DIAS EN VALOR AICON NO MEJORA CON TTO INDICO RX SENOS NAALES TIEMPOS DE CUAGULACION ADMEAS R EPOSO MEDICO NO ACTIVIDAD FISICA IC OTORRINO SENOS NAALES DOLRO A AL PALPACION NO SANGRADO ACTIVO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX SENOS NAALES

E. DIAGNÓSTICO

PRELIMINAR	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	R040 EPISTAXIS	R040		X			
2	J330 POLIPO DE LA CAVIDAD NASAL	J330	X				
3							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
12/02/2025	11:00	ROSSY	PARRALES	GIER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311879322				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	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

PRELIMINAR	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	