

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                          |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA                           | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO                                                                                                                                        |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   | 1245             | CS 24 H JUNIN            | C                                   | 1352147233                       | 1352147233                                                                                                                                               |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                      | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                                                                                                                                         | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| QUIROZ                                | ZAMBRANO         | LEONARDO                 | NATHAEL                             | H                                | 14/07/2015                                                                                                                                               | 9    | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |                          | REFERENCIA                          | DERIVACIÓN                       | MOTIVO                                                                                                                                                   |      |                         |   |   |   |
| 0990447201 / LOMA SECA                |                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Dobleces de infraestructura. |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                |                                     |                                  |                                                                                                                                                          |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TUÍNIN           | TUÍNIN                   |                                     |                                  |                                                                                                                                                          |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                            |                  |                                 |
|-------------------------|----------------------------|------------------|---------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD   | SERVICIO         | ESPECIALIDAD                    |
| MSP                     | HOSPITAL DE ESPECIALIDADES | CONSULTA EXTERNA | OTORRINOLARINGOLOGÍA PEDIÁTRICA |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SE TRATA DE PACIENTE DE 9 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR UN CUADRO CLÍNICO DE 1 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RONQUIDOS NOCTURNOS Y OBSTRUCCIÓN NASAL NOCTURNA QUE CONDICIONA RESPIRACIÓN BUCAL, BOCA SECA Y MOLESTIAS FARINGEAS A REPETICIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OROFARINGE: HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS PALATINAS E HIPERTROFIA DE ADENOIDES.

E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO              | DEF= | CIE  | PRE                                 | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|------------------------------|------|------|-------------------------------------|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | APNEA DEL SUEÑO              |      | G473 | <input checked="" type="checkbox"/> |     | 4. |     |     |     |
| 2. | HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES |      | J352 | <input checked="" type="checkbox"/> |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                              |      |      |                                     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                                                                                    |                                                                                    |                 |                  |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm)                                                                    | PRIMER NOMBRE                                                                      | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       | 12:29                                                                              | RONALD                                                                             | LOOR            | QUIROZ           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA                                                                              | SELLO                                                                              |                 |                  |
| 1312184177                            |  |  |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | 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= | 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |