

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					
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1352615155	1352615155					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ALCIVAR	MARCILLO	CARLOS	EMILIANO	M	4/6/2017	8	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0995378286		SEGURO CAMPESINO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.			
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.			
			3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutive			
			4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
			5. Problemas de infraestructura.							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLOEN DAVILA CHONE3	CONSULTA EXTERNA	PEDIATRIA

PACIENTE DE 8 AÑOS Y 9 MESES DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADA DE SU MADRE PARA CONTROL MÉDICO. MADRE SOSPECHA DE ALTERACIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA, YA QUE EN VARIAS OCASIONES DEBE ELEVAR EL TONO DE VOZ PARA QUE LA RESPONDA O COMPRENDA INDICACIONES. COMO ANTECEDENTE REFIERE EPISODIOS FRECUENTES DE INFECCIONES OTOLÓGICAS DESDE MESES DE EDAD, CARACTERIZADAS POR OTORREA SEROPURULENTO, PARTICULARMENTE ASOCIADA A CUADROS DE INFECCIONES ALTAS. DEBIDO A LOS ANTECEDENTES DESCRITOS Y A LA SOSPECHA CLÍNICA DE POSIBLE HIPOACUSIA, SE CONSIDERA PERTINENTE ESPECIALISTA PARA EVALUACIÓN AUDITIVA COMPLEMENTARIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	OE	PRE	DEF		OE	PRE	DEF
1.	OTRAS OTITAS MEDIDAS CRONICAS SUPURATIVAS	H669	X					
2.	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H991	X					
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
6/3/2026		DENISSE VANEZ	VELEZ	UTRERAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313903682	DENISSE VANEZ VTRERAS		DISTRITO DE SALUD 13012 Dra. Denisse Vanina Velez Utreras MEDICINA GENERAL REG. SENESCYT.1009-2017-14813969	

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	OE	PRE		OE	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	