

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	1268	C5 Agua Fria	A	1352818577	1352818577				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CATEGORÍA EDAD (AÑOS)		
Viteri	Salas	Victor	Joseias	H	10-03-2018	8	K	D	M
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0989755696-0958717874		☒		☐		☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			
PROVINCIA	CANTÓN	PARRISHA							
Manabí	Chone	Cumuto							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hosp. Napoleon Dazila C.	consulta - exten	Otorrinolaringología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Escolar de 8 años de edad con app. de cuerdas, crónicas y adenoides y con 9 ox de las mismas hace años ataca a la atención por presentar epistaxis abundante en # de 5 en 24 horas de evolución acompañado de prurito nasal y eritema de la mucosa nasal por lo que se refiere que se da masajes por que le produce picazón.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Galla 122.7 peso: 22.0 kg. IHC: 14.61 IHC: 14.61 Temp: 36.6°C	

E. DIAGNÓSTICO	
1. Epistaxis	CE PRE DEF
2. Examen durante periodo	CE PRE DEF
3. Examen durante periodo	CE PRE DEF
4. Examen durante periodo	CE PRE DEF
5. Examen durante periodo	CE PRE DEF
6. Examen durante periodo	CE PRE DEF

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
16-03-2026	16:00	Luz	Mendoza
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			
1304278326			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
	☐	☐	

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	
CE PRE DEF	CE PRE DEF

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO