

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			1410		HBAGA			B		1353003310							
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEXO			FECHA NACIMIENTO		EDAD			
VILLAMAR			VERA			EDUARDO			JOSE			M		09/11 / 2018			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			0988998540 / 0968641728			REFERENCIA			X			DERIVACIÓN			CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.			2. Falta de espacio físico.			3. Falta de equipamiento.			4. Equipos en mal estado.			5. Problemas de infraestructura.		
PROVINCIA			CANTÓN			PARROQUIA			6. Problemas de abastecimiento.			7. Insuficiencia de profesionales.			8. Inadecuada capacidad resolutoria		
MANABI			CALCETA			CALCETA CIUDADELA CENTENARIO DIAGONAL			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
MSP		CONSULTA EXTERNA	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
		OTORRINOLARINGOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SE TRATA DE PÁCIEN TE DE SEXO MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR PRESENTAR ANTECEDENTE DE SINDROME DE TREACHER COLLINS EL CUAL PRESENTA HIPOACUSIA CONDUCTIVA DETECTADA Y SIN SEGUIMIENTO DESDE SU NACIMIENTO POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR SU SERVICIO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL			H900	X				
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/01/2025	11:50:00	JULISSA MARILYN	PICO	ANCHUNDIA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313745398				

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

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.									
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		