

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	1353095159								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
CARRANZA		ZAMBRANO		JOSE		MANUEL		M	20 / 03/2019	5	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0998898934 / 0987388781				X				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 resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				PARROQUIA										
PROVINCIA	CANTÓN	MENBRILLO SITIO		TABLADA DE DOS										
MANABI	BOLIVAR													

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

SE TRATA DE PACIENTE ESCOLAR DE 5 AÑOS DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUIEN ES REFERIDO DE CENTRO DE SALUD POR UN CUADRO CLINICO DE 15 DIAS CARACTERIZADO POR OTALGIA DE MODERADA INTENSIDAD CON ANTECEDENTE DE OTITIS MEDIA SUPURATIVA A REPETICION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													
OTOSCOPIA; SECRECION SEROSA													

E. DIAGNÓSTICO													
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF	
1.	OTITIS MEDIA AGUDA SEROSA		H650	X		4.							
2.						5.							
3.						6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/02/2025	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			SI	X	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													
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	