

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA HSP		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD H. Castro San Pablo	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1353586111	NÚMERO DE ARCHIVO	
PRIMER APELLIDO Reinos	SEGUNDO APELLIDO Lecturas	PRIMER NOMBRE Aure	SEGUNDO NOMBRE Jhane	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 15/03/2014	EDAD 4	CONDICIÓN EDAD (M) H D M X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0988104230			REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Hondur			MOTIVO 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 resolutiva. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA HSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD H. Hospital Santa Catalina	SERVICIO C. Externa	ESPECIALIDAD Otorrinolaringología
--------------------------------	--	------------------------	--------------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 4 años de edad, se refiere por afec. recalc. por presentar
Carpal Externo en Oído izquierdo, con dolor intenso de 7/8 días, sin
otras lesiones físicas, refiere que en su familia se han dado casos de
sin poder hacerlo, al momento de la visita se le indica que se le
debe de hacer un examen de laboratorio de oído.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

no se pudo examinar de laboratorio de oído

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRG	DEF	CIE	PRE
1. Carpal Externo en Oído		710		X		
2.						
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 10/07/2015	HORA (hh:mm) 10:00	PRIMER NOMBRE Dr. Melciades	PRIMER APELLIDO Briones	SEGUNDO APELLIDO Castro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1308265592		FIRMA 		

Dr. MELCIADES BRIONES C.
MEDICO CIRUJANO
Reg. Sanesctyl: 1009-13-1218687

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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	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. DEFINITIVO	CIE	PRG	DEF	CIE	PRE
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