

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			HAGA		B	2350049789		2350049789	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Taipicaña		Carranza		Anthony		M	29/08/2001	23	H ☐ D ☒ M ☐ A ☐
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN			
982403237				X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1 Accesibilidad geográfica		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		2 Falta de espacio físico		6 Problemas de abastecimiento			
MANABI	Calacala	Calacala		3 Falta de equipamiento		7 Insuficiencia de profesionales			
				4 Equipo en mal estado		8 Inadecuada capacidad resolutoria			
				5 Problemas de infraestructura		9 Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
HEMORRAGIA NASAL FRECUENTEMENTE Y PROFUSAS SIN CAUSA APARENTE	
PLAQUETAS NORMALES	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
EXAMEN FÍSICO / HISTORIA CLÍNICA	

E. DIAGNÓSTICO										
1	EPISTAXIS					CI	PRE	DEF		
2										
3										

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
10 DE MARZO 2025		JOSE	PINOARGOTE	MENENDEZ	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	Dr. José Pinoargote Menéndez		
1308408135			MÉDICO - MAGÍSTER SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN					
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN	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 (dd-mm-aa)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
-------------------------------	--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
---	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	
--	--

F. DIAGNÓSTICO										
1						CI	PRE	DEF		
2										
3										

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

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