

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1271	CENTRO SALUD SAN BARTOLO		A	2450396920		2450396920						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOOR		RODRIGUEZ		AMI		GEOVANNA		F	09/11/09	16	M	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0968001962 / 098014448				X				☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.										
PROVINCIA				CANTON		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.						
MANABI				BOLIVAR		CALCETA		3. Falta de equipamiento.						
								4. Equipos en mal estado.						
								5. Problemas de infraestructura.						

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD SIN APP REFERIDOS. ALERGIAS: NO REFIERE. APF: PADRE CON HIPOACUSIA 90%. ACUDE A CONSULTA POR HIPOACUSIA GRADUAL DE 3 AÑOS DE EVOLUCION. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ORIENTADA, AFEBRIL, ASINTOMATICA. MADRE DE LA PACIENTE ENTREGA AUDIOMETRIA REALIZADA EL 27/01/2026 QUE REVELA HIPOACUSIA MIXTA DE GRADO MODERADO. SE REALIZA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGIA PARA MANEJO ESPECIALIZADO.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	
AUDIOMETRIA: HIPOACUSIA MIXTA DE GRADO MODERADO.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE*	DEF*	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA			H919	X				
2.									
3.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/01/26	12:00:00	GABRIEL	INTRIAGO	ZAMBRANO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1310605587				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION					
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		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		PRE*	DEF*	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