

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	MOREIRA	EVA SOFIA	21	02	2008	17 años, 5 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350214548	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE VICTOR VÉLEZ y SN	099-741-0699 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1350214548	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	08	18
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva

☐

Saturación capacidad
instalada

☐

Ausencia temporal del
profesional

☐

Otros/especifique:

☐

Falta de profesional

☒

3. Resumen del cuadro clínico

USUARIA QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (MAMÁ) QUIEN MENCIONA QUE DESDE HACE VARIOS AÑOS SU HIJA PRESENTA DIFICULTAD AUDITIVA REALIZANDO ESTUDIO DE AUDIOMETRIA EN CONSULTA PARTICULAR QUE EVIDENCIAN ESTA SITUACIÓN CON MAYOR AFECTACIÓN DEL LADO IZQUIERDO, ADEMÁS MAMÁ REFIERE QUE HA RECIBIDO ATENCIÓN EN CERI POR POSIBLE TRASTORNO DE ASPERGER, BAJO ESTE CONTEXTO SE HARÁ REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA E ÍTER CONSULTA CON PSICOLOGÍA DE ESTE CENTRO DE SALUD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H903	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	14:42	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaEC

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	14:42	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	