

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LAZ	BRAVO	PATRICIA CLEOPATRA	20	11	1967	58 años, 6 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304295320	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SANTA TERESITA y	099-046-2785 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1304295320	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	05	28
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 57 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HTA. HIPOTIROIDISMO, CA DE ÚTERO TUMOR EN LARINGE EPILEPSIA, PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADA CON SECUELAS DE PARÁLISIS DE LAS CUERDAS VOCALES. FUE PORTADORA DE TRAQUEOSTOMO, LARINGE PARÁLISIS BILATERAL DE CUERDAS VOCALES EN ABDUCCION CON REDUCCIÓN DE 80% DE LA LUZ GLOTICO, PACIENTE TIENE DIFICULTAD EN SU LENGUAJE NO SE ESCUCHA LO QUE HABLA, REALIZA MUCHO ESFUERZO AL TRATAR DE HABLAR, PRESENTA SENSACIÓN DE AHOGO ACOMPAÑADO DE TOS, EMITE SONIDOS VOCALES INTELIGIBLES, SE COMUNICA A TRAVÉS DE SUSURROS Y GESTOS (VOZ AFONA). PACIENTE SOLICITA RECALIFICACION POR LO QUE SE ENVÍA REFERENCIA A ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VOZ AFONA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS DE LAS CUERDAS VOCALES Y DE LA LARINGE	J380		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	15:40	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

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 clinico

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
2026-05-28	15:40	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

