



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                                                         |                                     |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |                                                         | UNICÓDIGO                           | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                                     | TIPOLOGIA                        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | NÚMERO DE ARCHIVO |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| MSP                                                         |                                                         | 001414                              | Convento                 |                                     | CS-A                             | 1302396815                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| PRIMER APELLIDO                                             |                                                         | SEGUNDO APELLIDO                    |                          | PRIMER NOMBRE                       |                                  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| Muñoz                                                       |                                                         | Zambrano                            |                          | Martha                              |                                  | Maria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | M                 | 27-02-1955       | 70   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H                        | D                               | M                        | A                        |                                    |                          |                          | X                                  |                                     |                          |                                                         |                          |
| H                                                           | D                                                       | M                                   | A                        |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     | X                        |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                                                         |                                     |                          | REFERENCIA                          |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| 098-331-4196                                                |                                                         |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  | <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |  |                   |                  |      |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                    | 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                                         |                                     |                          | 1. Accesibilidad geográfica.        |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| PROVINCIA                                                   |                                                         | CANTÓN                              | PARROQUIA                |                                     | 2. Falta de espacio físico.      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| 13                                                          |                                                         | 1303                                | 130356                   |                                     | 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 General Napoleon Davila Cordova |  | Consulta Externa |  | Otorrinolaringologia |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>PACIENTE FEMENINA DE 70 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE HIPOTIROIDIS MO (SECUNDARIO A TIROIDECTOMÍATOTAL) E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN-CARACTERIZADO POR OTALGIA. LA PACIENTE REFIERE QUE ESTE CUADRO HA SIDO RECURRENTE DURANTE EL ÚLTIMO AÑO- HABIENDORECIBIDO EN VARIAS OCASIONES TRATAMIENTO CON GOTAS ÓTICAS- ANTIBIÓTICOS Y ANALGÉSICOS- CON MEJORA PARCIAL YRECURRENCIA POSTERIOR DE LOS SÍNTOMAS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN PRESENTA HIPOACUSIA Y DOLOR PERSISTENTE. DADOEL CARÁCTER RECURRENTE DEL CUADRO Y LA PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS- SE DECIDE REALIZAR REFERENCIA AL SERVICIO DEOTORRINOLARINGOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y MANEJO.</p> |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>AL MOMENTO DE VALORACION FISICA- PRESENTA HIPOCAUSIA- CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE A LA OTOSCOPIAMEMBRANA ABOMBADA- PAREDES EDEMATIZADAS. NARIZ PRESENCIA DE RINORREA HIALINA. OROFARINGEO SIN PRESENCIA DELESIONES.</p> |

| E. DIAGNÓSTICO |                              | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Hipoacusia No Especificada   |                                    | H919 | X   |     | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             | Otitis Media No Especificada |                                    | H669 | X   |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                              |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-10-21                            | 05:45           | Maria         |  | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |                 |               |  |                 |                  |

| 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 |  | TIPOLOGIA | 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<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     | 6.  |  |     |     |     |

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

|  |
|--|
|  |
|--|

**H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE**

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |