



| 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           | Unidad Anidada Hospital Basico De Rocafuerte |                                  | AU        | 1305920504                                              |  |                   |                  |      |                         |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                                              | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |
| Rodríguez                                                   |  | Argandoña        |                                              | Rosa                             |           | Flerida                                                 |  | M                 | 09-08-1971       | 53   | H D M A                 |
|                                                             |  |                  |                                              |                                  |           |                                                         |  |                   |                  |      | X                       |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                                              | REFERENCIA                       |           | DERIVACIÓN                                              |  | MOTIVO            |                  |      |                         |
| 0982408014 - 0959880251                                     |  |                  |                                              | X                                |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                                              | 1. Accesibilidad geográfica.     |           | 6. Problemas de abastecimiento.                         |  |                   |                  |      |                         |
|                                                             |  |                  |                                              | 2. Falta de espacio físico.      |           | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |  |                   |                  |      |                         |
| PROVINCIA                                                   |  |                  |                                              | 3. Falta de equipamiento.        |           | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |  | X                 |                  |      |                         |
| CANTÓN                                                      |  |                  |                                              | 4. Equipos en mal estado.        |           | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |  |                   |                  |      |                         |
| PARROQUIA                                                   |  |                  |                                              | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                                         |  |                   |                  |      |                         |
| 13                                                          |  |                  |                                              | 1312                             |           | 131250                                                  |  |                   |                  |      |                         |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FEMENINA DE 53 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE MAS O MENOS 9 AÑOS DE EVOLUCIÓN: HIPERTENSIÓN ARTERIAL TRATADA CON ZIAC 2.5MG (BISOPROLOL + HIDROCLOROTIAZIDA) VO QD- DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADA CON JARDIANCE DUO 12-5/1000MG (EMPAGLIFLOZINA + CLORHIDRATO DE METFORMINA) VO QD E HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DESDE HACE 5 AÑOS AÚN EN ESTUDIO PARA CARNET DE DISCAPACIDAD. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL DE SUS PATOLOGÍAS- LAS MISMAS QUE NO HAN SIDO ATENDIDAS DESDE HACE +/-4 AÑOS. REFIERE ZUMBIDOS CONSTANTES EN AMBOS OÍDOS- SENSACIÓN DE MAREO- Y DIFICULTAD PARA PERCIBIR SONIDOS FUERTES Y NORMALES. POR LO QUE ENVÍO REFERENCIA PARA VALORACIÓN. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| TRAEE EXAMEN AUDIOLÓGICO PARTICULAR 22/08/2023: DONDE INFORMAN HIPOACUSIA MIXTA CON PREDOMINIO NEUROSENSORIAL BILATERAL |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Hipoacusia Conductiva Bilateral  |                                    | H900 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             | Hipertension Esencial (Primaria) |                                    | I10X |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                  |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-04-03                            | 02:31        | Karen         | Lopera          | Rodríguez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310488075                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |