



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	Pavon		CS-A	1352318966																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Mendoza		Mendoza		Karolina		Isabel		M	17-03-2016	10	<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																	
0979912609				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
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	
PACIENTE FEMENINA DE 10 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE HIPOACUSIA MIXTA BILATERAL(CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL) Y TRASTORNOS DEL HABLA- QUIEN ACUDE PARA REALIZACIÓN DE AUDIOMETRÍA ESCOLAR COMOPARTE DE S U SEGUIMIENTO INTEGRAL. AL MOMENTO NO REFIERE DOLOR ÓTICO- OTORREA- VÉRTIGO NI SÍNTOMAS INFECCIOSOSASOCIADOS; SIN EMBARGO- PERSISTEN DIFICULTADES EN LA DISCRIMINACIÓN AUDITIVA Y EN LA ARTICULACIÓN DEL LENGUAJE- CON IMPACTO EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y LA INTERACCIÓN SOCIAL- POR LO QUE SE SOLICITA EVALUACIÓN AUDIOMÉTRICAACtualizada PARA VALORAR EL GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA- EVOLUCIÓN CLÍNICA Y NECESIDAD DE AJUSTE EN MANEJO TERAPÉUTICO Y APOYO ESCOLAR.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
AUDIOMETRIA REALIZADA EL 16 DE SEPTIEMBRE DEL 2024 CON REPORTE DE OIDO DERECHO: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO:PERMEABLE MEMBRANA TIMPÁNICA: INTEGRA OIDO IZQUIERDO: CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO: PERMEABLE MEMBRANA TIMPANICA:INTEGRA AUDIOMETRIA TONAL: HIPOACUSIA MIXTA DE GRADO PROFUNDO BILATERAL OIDO DERECHO: PTA VIA AEREA: 120 DB VIA OSEA: 65 DB OIDO IZQUIERDO: PTA VIA AEREA:116-25 DB VIA OSEA: 65DB	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Hipoacusia Mixta Conductiva Y Neurosensorial Bilateral		H906		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-08	01:01	Jose		Rivera	Lino
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1313828921					

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 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	