

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BURGOS	ARELIZ THAIZ	18	01	2001	25 años, 6 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313564559	MANABI	CHONE	CONVENTO	CALLE AGUSTIN GILER y	096-183-1470 /
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	1313564559	CONVENTO		CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	07	21
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

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES Y FAMILIARES NEGADOS, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR OTALGIA E HIPOACUSIA EN OÍDO IZQUIERDOQUE SE ACOMPAÑA DE OTORREA VERDOSA AMARILLENTA Y PRURITO . NIEGA FIEBRE, ACÚFENOS, VÉRTIGO, CEFALEA, RINORREA, ODINOFAGIA, TOS, VÓMITOS, DIARREA O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA ACOMPAÑANTE. REFIERE TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OÍDO IZQUIERDO CON CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE, PRESENCIA DE OTORREA PURULENTA, MEMBRANA TIMPÁNICA PERFORADA, HIPEREMIA EVIDENTE Y SIGNOS DE INFECCIÓN ACTIVA. OÍDO DERECHO CON CONDUCTO AUDITIVO Y MEMBRANA TIMPÁNICA ÍNTEGROS, SIN ALTERACIONES.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PERFORACION CENTRAL DE LA MEMBRANA TIMPANICA	H720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-21	09:35	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

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
2026-07-21	09:35	Medicina Rural	OSCAR JESUS ZAMBRANO CEDEÑO	1314709211	

