

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres   | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| LOZA             | VELEZ            | ZOE AYLEN | 21                  | 07  | 2021 | 5 años, 0 meses, 9 días | Mujer   |
|                  |                  |           | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353678111        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SN y SN                      | 096-020-9274 /       |
| 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                 | 1353678111      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2026  | 07  | 30  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADO DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 7 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR Y MOLESTIA EN OÍDO DERECHO. EL REPRESENTANTE REFIERE QUE EL PACIENTE HA PRESENTADO DISCONFORT PERSISTENTE, SIN MEJORÍA COMPLETA A PESAR DEL USO DE GOTAS ÓTICAS OTODINE, APLICANDO UNA GOTA DIARIA. NIEGA FIEBRE, OTORREA, TRAUMATISMO, VÓMITOS O DISMINUCIÓN IMPORTANTE DEL ESTADO GENERAL. AL EXAMEN FÍSICO EL PACIENTE SE ENCUENTRA ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL Y HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. A LA OTOSCOPIA DEL OÍDO DERECHO SE EVIDENCIA ACÚMULO DE CERUMEN QUE DIFICULTA LA VISUALIZACIÓN COMPLETA DEL CONDUCTO AUDITIVO Y DE LA MEMBRANA TIMPÁNICA, ASOCIADO A DOLOR A LA MANIPULACIÓN DEL OÍDO AFECTADO. NO SE OBSERVA OTORREA NI SANGRADO. EL OÍDO IZQUIERDO SIN ALTERACIONES APARENTES. EL RESTO DEL EXAMEN FÍSICO NO PRESENTA HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0999332748.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTITIS EXTERNA, SIN OTRA ESPECIFICACION | H609   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL            | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-30 | 12:28 | Medicina Rural | MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA | 1312255787 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-30 | 12:28 | Medicina Rural | MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA | 1312255787 |       |

