

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CUSME	FRANCISCO ANTONIO	02	04	1965	59 años, 6 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0801751439	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y SN	000-000-0000 /
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	0801751439	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	10	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG CADA DIA, PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR ACUFENO EN OIDO IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE VERTIGO HORIZONTAL DESDE HACE MAS O MENOS 2 AÑO Y MEDIO DE EVOLUCION, EL CUAL LE IMPIDE MANTENERSE BIPEDESTACION. HA ESTADO EN TRATAMIENTOS CONSECUTIVOS CON ESPECIALIDAD SIN MEJORIA ALGUNA EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON GINKGO BILOBA+ VITAMINA E 1 CAP A LAS 4 DE LA TARDE, VASOACTIN 10 GOTAS EN MEDIO VASO CON AGUA. SE REALIZA AUDIOMETRIA 10/09/2024: OD: AUDICION NORMAL OI: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA . LAGOAUDIOMETRIA: OD: 55dB 92% OI: 73dB 76% ACUFENOMETRIA: OI ACUFENO. PACIENTE REQUIERE ESTUDIO DX TOMOGRAFIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL	H904		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-30	15:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2024-10-30	15:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	