

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FALLU	MENDOZA	KAROL DOLORES	20	04	2013	12 años, 7 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0932321409	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV SIXTO DURAN BALEN y	096-919-7514 /
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	0932321409	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	11	24
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

ADOLESCENTE QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (MAMÁ) QUIEN MENCIONA QUE SU HIJA PRESENTA DIFICULTAD AUDITIVA Y CON MAYOR AFECTACIÓN DEL LADO DERECHO EN DONDE SE EVIDENCIA MALFORMACIÓN CONGÉNITA DEL PABELLÓN AURICULAR, REFIERE QUE HA LOGRADO ATENCIÓN POR LA ESPECIALIDAD (OTORRINOLARINGOLOGÍA) EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIN EMBARGO NO TIENE AUDIOMETRÍA (TIENE UNA REALIZADA EN CONSULTA PARTICULAR) PREVIAMENTE SE EXPLICO ACERCA DEL PROCESO Y DE LOS REQUERIMIENTOS SEGUN LA NORMATIVA 00227 , SE LE REALIZARA REFERENCIA PARA QUE SEA ATENDIDA EN HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA Y DARLE ATENCIÓN CON LA ESPECIALIDAD ANTES MENCIONADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRÍA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H906		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-24	14:48	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-24	14:48	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	