

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| HERNANDEZ        | ZAIDA            | ESTHER  | 08                  | 01  | 1957 | 69 años, 5 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |         | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| VENEZOLANO/A    | VENEZUELA      | 0962273348        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | PERPETUO SOCORRO y           | 096-025-9245 /       |
| 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                 | 0962273348      | 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 | 2026  | 06  | 16  |
| 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

USUARIA QUE ACUDE SOLA, REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS PRESENTA DIFICULTAD AUDITIVA RAZÓN POR LA CUAL ACUDE A HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO A CONSULTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA QUIEN ENVIA A REALIZAR AUDIOMETRÍA (9/7/2025) LA MISMA QUE SE LA REALIZA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA DE CHONE, ADEMÁS REFIERE DESPRENDIMIENTO DE RETINA RZAÓN POR LA CUAL FUE INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE EN VENEZUELA, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 EMITIDO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA EN HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO, SE INFORMA ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN Y SE COORDINA ATENCIÓN CON PSICOLOGÍA ADEMÁS DE SOLICITAR ATENCIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA YA QUE INFORME ESTA BASADO EN AUDIOMETRÍA DE EL MES DE JUNIO DEL AÑO 2025

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRÍA DE 2025

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL | H900   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                       | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO   | FIRMA |
|------------|-------|------------------------------------|---------------------------|----------|-------|
| 2026-06-16 | 08:43 | Médico Calificador De Discapacidad | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |       |

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 |
|------------|-------|------------------------------------|---------------------------|----------|-------|
| 2026-06-16 | 08:43 | Médico Calificador De Discapacidad | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |       |

