

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SANTOS	DOMENICA CARLINA	07	05	2019	5 años, 5 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0963396833	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	099-999-9999 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0963396833	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	10	23
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 PEDIATRICA DE 5 AÑOS 5 MESES DE EDAD, TEF: 0979462323, QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA POR CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR OTORRAGIA SEROSANGUINOLENTA DE OIDO IZQUIERDO, POSTERIOR A BULLA EXCESIVA CERCA DE CASA, MADRE REFIERE ACUDIO POR EMERGENCIA EL CUAL DX COMO OTITIS MEDIA, ENVIARON MEDICACION CON ANTIBIOTICOS, REFIERE MAMA QUE POSTERIOR A ESO PACIENTE PIDE QUE LE HABLEN CERCA AL OIDO POR NO ESCUCHAR. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVA, REQUIERE VALORACION POR ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIAN EXAMENES DE LAB

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA CONDUCTIVA, UNILATERAL CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL	H901	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-23	17:51	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-10-23	17:51	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	