

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ARROYO           | MENDOZA          | JOSE HIGINIO | 30                  | 03  | 1945 | 79 años, 7 meses, 29 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                         | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|-----------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1300403175        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CDLA LAS MARIAS y CDLA LAS MARIAS | 099-346-5666 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia  | Calle Principal y Secundaria      | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1300403175      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                      | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|----------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2024  | 11  | 28  |
| 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

ADULTO MAYOR DE 79 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES : HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON NEBIVOLOL 2.5 MG QD, ANTECEDENTES QUIRURGICOS NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR HIPOACUSIA DE OIDO IZQUIERDO, REFIERE HABERSE REALIZADO DE MANERA PARTICULAR AUDIOMETRIA EL DIA 20/11/2024 CON RESULTADO DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL DE GRADO LEVE CON DESCENSO A SEVERO EN OIDO DERECHO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL DE GRADO PROFUNDA EN OIDO IZQUIERDO, DEBIDO AL GRADO DE PERDIDA AUDITIVA SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION PARA VALORACION POR ESPECIALISTA Y GESTIONAMIENTO DE PRÓTESIS AUDITIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRIA 20/11/2024 OD: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL DE GRADO LEVE CON DESCENSO SEVERO. OI: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL DE GRADO PROFUNDA DERECHO: AC: 53, BC: 53, IA: 0 IZQUIERDO AC: 110, BC , IA: 0

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION | H905   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-28 | 21:26 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-28 | 21:26 | Medicina Rural | MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO | 1316926771 |       |

