

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BAZURTO	ELVIA ELCIRA	06	08	1938	87 años, 2 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300495270	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SALINAS y ROCAFUERTE	095-990-0813 /
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	1300495270	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	10	31
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 ADULTA MAYOR DE 87 AÑOS CON APP DE HTA TRATADA CON COZAAR (LOSARTAN) 50MG C24H CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL AL MOMNETO DE 130/80MMHG - DM2 TRATADA CON DAPAGLIFLOZINA 10MG C24H NO TRAE PRUEBA DE GLUCOSA - INSOMNIO TRATADO CON ZOPICLONA 7,5 PM - EPOC TRATADO CON INALADOR DE BROMURO DE IPRATROPIO 2PUFF PRN - ENFERMEDAD DE MENIERE TRATADA CON BETAHISTINA 16MG C24H – AL MOMENTO AFEBRIL LE MOLESTA RUIDOS AUDITIVOS Y MAREOS ESPORADICOS - CONSTIPACION CRONICA - NECESITA APOYO FAMILIAR PARA CUIDADOS ENCASA - SOLICITA VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA -

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-31	10:14	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
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
2025-10-31	10:14	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	