

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VEGA	GUTIERREZ	GUIDO BONIFACIO	25	05	1942	83 años, 3 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300946520	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA DELICIA y	099-641-1246 /
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	1300946520	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	09	22
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 MASCULINO DE 83 AÑOS DE EDAD, APP DE HTA TRATADA CON LOSARTAN 100MG C24H CON CIFRAS DE TENSION ARTERIAL AL MOMENTO DE 120/80MMHG - Y GONARTROSIS EN AMBAS RODILLAS - ACUDE A CONTROL ECNT - REFIERE PERDIDA DE AUDICION EN AMBOS OIDOS Y SONIDOS ALTOS ESPORADICOS TIPO RONRRONEOS - NO ESCUCHA NI ENTIENDE --CONVERSACIONES - TIENEN QUE HABLARLE EN TONO ALTO - AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, MANIFIESTA MOLESTIAS Y DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL (A ESPERA DE REFERENCIA OFTALMOLOGIA) YA TIENE CONTROL POR TERAPIA FISICA - SE REALIZA REFERNCIA PARA OTORRINOLARINGOLOGIA --

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL	H900	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-22	08:57	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
2025-09-22	08:57	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	