

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VERA	GLADIS ALFREDINA	20	06	1950	75 años, 9 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301567952	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PASAJE 2 y	099-463-9557 /
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	1301567952	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	03	24
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 ADULTA MAYOR QUE ACIDE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (HIJA) REFIERE QUE EN NEL AÑO 2025 ES DIAGNOSTICADA DE CA DE MAMA DERECHA EN EL AÑO 2010 DONDE LUEGO REALIZAN MASTECTOMIA RADICAL,POSTERIORMENTE REALIZA QUIMIO Y RADIO TERAPIA EN SOLCA GUAYAQUIL, LUEGO ES DERIBADA A SOLCA PORTOVIEJO DONDE CONTINUA LOS CONTROLES, EN EL AÑO 2024 Y LUEGO DE ESTUDIOS REALIZADOS SE DIAGNOSTICA CANCER DE COLON ES SOMETIDO A CIRUGIA EN EL MES DE MAYO DEL AÑO 2025, LUEGO CONTINUAN REALIZANDO ESTUDIOS PARA DETERMINAR ESTADIO, MENCIONA ADEMAS AUMENTO DEL TAMAÑO DEL MIEMBRO SUPERIOR DERECHO (ELEFANTIASIS), USUARIA ADEMAS REFIERE DIFICULTAD AUDITIVA SIN HABER RECIBIDO EVALUACIÓN ANTERIOR, EL DÍA DE HOY TRAE CERTIFICADO DE SOLCA PORTOVIEJO EMITIDO POR MÉDICO A CARGO DEL CASO, ESTE CERTIFICADO NO ES EN EL FORMATO DE ANEXO 2, SE3 EXPLICA LA IMPORTANCIA DE TENER EL ANEXO 2 (SE ENTREGA) ADEMAS DE CONTAR CON RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS, ADEMAS SE REALIZARA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN POR HIPOACUSIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H903	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-24	07:28	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 FIRMA Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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 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
2026-03-24	07:28	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

