

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COOX	MERA	OTITA ELVIRA	15	05	1950	74 años, 10 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301720759	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	098-578-6801 / (05)-302-3254
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	1301720759	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	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 ☐ HIPOACUSIA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 74 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG EN LA MAÑANA Y TARDE, AMLODIPINO 5 MG QD. REFIERE CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARCATERIZADO POR MAREOS, PERDIDA DEL EQUILIBRIO, NAUSEAS QUE NO LLEGAN AL VOMITO, ACUFENOS, EN TTO POR ORL DE MANERA PRIVADA MEDICADA CON TERAPIA PRA REPOSICIONAMIENTO Y BETAHISTINA. REFIERE TAMIEN HIPOACUSIA BIALTERAL DE PREDOMINO DERECHO, A LA OTOSCOPIA NO CERUMEN MEMBRANA TIMÁTICA INTEGRRA, NO SE CUENTA CON DIAPASÓN. 0985786801 (SANDY FARIAS COOX HIJA) REFIERE TOS MATUTINA CON EXPECTORACIÓN COLOR AMARILLO SE ENVIA MUESTRA DE ESPUTO PARA TB Y CULTIVO DE ESPUTO BACTERIOLÓGICO Y HONGO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, NO ESPECIFICADA	H908	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-24	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-03-24	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

