

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	RAMON VICENTE	05	04	1956	70 años, 2 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302276074	MANABI	CHONE	SANTA RITA	NA y NA	093-960-0477 /
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	1302276074	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	17
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 ADULTO MAYOR. ALERGIAS: NO REFIERE, APQX: HERNIA INGUINAL IZQUIERDA (HACE MAS DE 15 AÑOS). APP: HTA CRONICA Y DM TIPO 2, CON TRATAMIENTO (LOSARTAN 100 MG QD/ AMLODIPINO 5 MG QD/ CLORTALIDONA 25 MG QD) Y (DAPAGLIFOZINA 10 MG QD). PACIENTE REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR PERCEPCIÓN DE TINNITUS O ZUMBIDO CONSTANTE EN OÍDO DERECHO QUE LIMITA SUS ACTIVIDADES DIARIAS. NIEGA MAREO, VÉRTIGO, INESTABILIDAD DE LA MARCHA O ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO. A LA OTOSCOPIA SE EVIDENCIA TAPÓN DE CERUMEN EN CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO, REALIZÁNDOSE EXTRACCIÓN PARCIAL MANUAL DEL MISMO, CON TOLERANCIA ADECUADA AL PROCEDIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TINNITUS	H931		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	08:56	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-06-17	08:56	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

