

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CARRERA	PABLO WASHINGTON	28	11	1957	66 años, 9 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302283815	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	A y A	999-999-9999 /
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	1302283815	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2024	09	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 ☐

MASA EN CAE DE OÍDO DERECHO E IZQUIERDO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 66 AÑOS DE EDAD CON APP DE HIPERTENSION ARTERIAL EN TTO CON LOSARTAN DE 50 MG VO QD, CARDIO NIL 100MG VO QD, DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE 25UI AM Y 20UI PM, CONSTIPACION CRONICA AQX CATETERISMO ACUDE A CONTROL DE SUS PATOLOGIAS, TRAE EXAMENES DE LABORATORIO 13/08/2024 QUE REPORTA LEUCOCITOS DE 12.5, HB 14,PLAQUETAS 368, GLU 188.4, HB GLI 8.5, UREA 45.2, CREAT 0.9, AC URICO 4, CT 152, HDL 30.51,LDL 52, TRI 349, TGO 26, TGP 47, EMO CON PH ACIDO, BACTERIAS ESCASA. PACIENTE REFIERE DOLOR DE CABEZA EN ZONA OCCIPITAL DESDE HACE 2 MESES 8/10 DE EVA ESPORADICO, ADEMÀS PRESENTA TINNITUS EN OD, DESDE HACE 6 MESES DE EVOLUCIÓN, SE OBSERVA MASA EN CAE DE AMBOS OÍDOS SOBRETOD0 DEL IZQUIERDO DONDE SE ESTRECHJA LA LUZ, DOLOR EN ZONA OCCIPITAL PRESENTA EN CUELLO Y HOMBROS DERECHO E IZQUIERDO. 0981300384 / 0988638622

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL OIDO	H938		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-17	09:20	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
2024-09-17	09:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

