

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	DUMBER JOSE	20	12	1957	68 años, 7 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302445505	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-930-3789 /
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	1302445505	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	07	27
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 DE 68 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE, APF: HTA , DIABETES MELLITUS , APQ: COLECISTECTOMIA, HERNIOPLASTIA. ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITUD REFERENCIA. REFIERE ALIMENTARSE ADECUADAMENTE, REALIZA NECESIDADES FISIOLÓGICAS SIN DIFICULTADES. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO, ESTABLE, AFEBRIL. REFIERE HIPOACUSIA DE OIDO DERECHO APROXIMADAMENTE 3 MESE EVOLUCION, MENCIONA ACUFENOS OCASIONALES, TAMBIEN MENCIONA TOS NO PRODUCTIVA APROXIMADAMENTE 15 DIAS EVOLUCION, SIN OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS. 0989303789 - 0988090222

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPOACUSIA DE OIDO DERECHO APROXIMADAMENTE 3 MESE EVOLUCION, MENCIONA ACUFENOS OCASIONALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-27	08:28	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-07-27	08:28	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	