

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO						
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1302561202	1302561202						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
SANTOS	VARGAS	MARIANO NARCISO	OMAR	M	18/05/1957	68	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	N					
0969560779 0939259262		MSP	MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.									
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.				X			
MANABI		ROCAFUE	RTE	3. Falta de equipamiento.				X			
		ROCAFUERTE	4. Equipos en mal estado.								
			5. Problemas de infraestructura.								
			6. Problemas de abastecimiento.								
			7. Insuficiencia de profesionales.								
			8. Inadecuada capacidad resolutive								
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGIA

PACIENTE DE 68 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES DE SORDERA DE OIDO DERECHO E HIPOACUSIA DE OIDO IZQUIERDO A CONSECUENCIA DE INFECCION VIRAL HACE 11 AÑOS. PORTADOR DE OTOAMPLIFONOS BILATERAL, CON LO QUE MEJORA SU AUDICION. ACUDE EN COMPAÑIA DE SU HIJA SOLICITANDO RECALIFICACION DE DISCAPACIDAD, SE REQUIERE HABLARLE CON TONO ALTO PARA QUE COMPRENDA LO QUE ESCUCHA, SE REALIZA REFERENCIA POR ESTA ESPECIALIDAD PARA VALORACION Y LLENADO DE DOCUMENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL BILATERAL	H906	X					
2.	ELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A	Z736	X					
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
24/10/2025		CINTHYA	MENDOZA	SOZA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1309733671			DISTRITO DE SALUD 13D12 Dra. Cinthya Mendoza Soza Medico General	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
------------------------	----	----	------------------------	----	----

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.								
2.								
3.								

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA