

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| DELGADO          | ZAMBRANO         | LUIS FERNANDO | 08                  | 12  | 1958 | 66 años, 8 meses, 24 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1302614415        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | MANUEL DE JESUS ALVAREZ y ENTRE MERCEDES | 093-966-4777 / (99)-999-9999 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria             | Convecional/Celular          |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1302614415      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  | Fecha                |      |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|----------------------|------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2025 | 09  | 01  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad         | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

Pact refiere cuadro clinico de varias semanas de evolucion cacaterizado por sensacion de sordera de oido derecho. como antecedente refiere HTA controlada con Losartan 50 mg día.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ic con otorrinolaringologia

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOACUSIA CONDUCTIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION | H902   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO    | FIRMA                                                                                                                                                         |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-09-01 | 10:04 | Medicina General | RONALD DAVID GONZALEZ PONCE | 131070174 | <br>FIRMA<br>RONALD DAVID GONZALEZ PONCE<br>Validar únicamente con FirmaEC |

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 |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|-----------|-------|
| 2025-09-01 | 10:04 | Medicina General | RONALD DAVID GONZALEZ PONCE | 131070174 |       |