

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	SALAZAR	LUIS OCTAVIO DE LA CRUZ	03	05	1958	67 años, 11 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	1302669484	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MARANATHA y SN	098-889-1882 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1302669484	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	04	10
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 DE 67 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE VERTIGO ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO ZUMBIDOS EN LOS OIDOS DE MANERA PERMANENTE, LOS CUALES ESTABAN ACOMPAÑADOS DE MAREOS (PROPIOS DEL VERTIGO) QUE CON MEDICACION ANTERIORMENTE ENVIADA (BETAHISTINA) REFIERE LEVE MEJORIA, SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DEBIDO A PERSISTENCIA DE VERTIGO MAS TINNITUS UNILATERAL IZQUIERDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE REALIZAN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TINNITUS	H931		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	10:07	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	

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
2026-04-10	10:07	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	