

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEMER A	DEMER A	JOSEFA DEL CARMEN	10	03	1954	71 años, 10 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303099830	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CRUSITA y	098-639-7502 /
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	1303099830	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	02	03
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

ADULTA MAYOR QUE ES ACOMPAÑADA POR FAMILIAR (HIJA) USUARIA REFIERE QUE EN EL AÑO 2025 SE DIAGNOSTICA CA DE VAGINA, BAJO ESTE CONTEXTO SE EVALUADA EN SOLCA PORTOVIEJO DONDE REALIZAN ESTUDIOS QUE DETERMINA DIAGNOSTICO YA MENCIONADO, EMPIEZA TRATAMIENTO CON QUIMIO Y RADIOTERAPIA, REFIERE QUE LE HAN REALIZADO NUEVOS ESTUDIOS QUE SERÁN REVISADOS EN ESTE MES, EL DÍA DE HOY TRAE CERTIFICADO QUE NO ES EN FORMATO ANEXO 2 MÁS SIN EMBARGO SE DETERMINA DIAGNOSTICO YA MENCIONADO, SE EXPLICA ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN ADEMÁS DE EXPLICAR QUE DEBERA SOLICITAR ANEXO 2 ADEMÁS DE ESTUDIOS REALIZADOS PARA LUEGO DE AQUELLO NUEVAMENTE EVALUAR EN EL ÁMBITO DE DISCAPACIDAD - USUARIA MENCIONA ADEMÁS HIPOACUSIA CON MAYOR AFECTACIÓN LADO IZQUIERDO, REFIERE CIRUGIA DE OÍDO DERECHO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H903	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	08:31	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 FIRMA Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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
2026-02-03	08:31	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

