

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ESPINEL	PAULINA FLOR MARIA	30	06	1954	71 años, 7 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303207375	MANABI	CHONE	SANTA RITA	14 DE AGOSTO y	099-033-1250 /
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	1303207375	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	01	30
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 FEMENINA 71 AÑOS SIN ANTECEDENTES PERSONALES DE RELEVANCIA ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR Y PICAZON EN EL OIDO, MAREOS TRANSITORIOS QUE SE RESUELVEN SOLO. LA PACIENTE REFIERE QUE HACE 1 AÑO PASO POR ALGO SIMILAR QUE LLEGO AL DESMAYO. EL CUAL FUE TRATADO MICROSER TABLETA O,24 MG Y NAUTIN. AL EXAMEN FISICO NO SE VEN OIDOS INFLAMADOS, NO PRESENCIA DE INFECCION, PABELLON AURICULAR NORMAL Y NEMBRANA TIMPANICA NORMAL. POR LO CUAL SE LE REALIZA REFERENCIA CON OTORRINOLARINGOLOGIA PARA SEGIMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL OIDO, NO ESPECIFICADO	H939	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-30	11:34	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-01-30	11:34	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	