

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, 8 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        | 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       | Neurología   | 2026           | 03  | 26  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE FEMENINA DE 71 AÑOS DE EDAD CON APP: NIEGA APF: DM MADRE, HERMANA CA PULMON, HERMANA CA UTERO, AQX: CESAREA Y APENDICECTOMIA AA: NIEGA. PACIENTE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR Y PRURITO EN OIDOS, SIN EMBARGO, MENCIONA QUE MAS SE ACENTUA EN OIDO DERECHO. EL CUAL FUE TRATADO POR MEDICO PARTIUCLEAR CON EL CUAL FUE TRATADO MICROSER TABLETA 0,24 MG Y NAUTIN, MEJORANDO CUADRO CLINICO, NO OBSTENTE ACUTALMENTE VUELVE A PRESENTAR MISMAS MOLESTIAS. ADEMAS PACIENTE MENCIONA QUE YA HA TENIDO CONSULTA CON OTORRINOLOGIA Y LE MENCIONAN QUE PROBABLEMENTE SEA PARTE NEUROLOGICA. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. SIGNOS VITALES DENTRO DEL RANGO ACEPTABLE. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|   |
|---|
| . |
|---|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-26 | 14:27 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-26 | 14:27 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

