

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	QUIROZ	CARLOS ENRIQUE	20	12	1948	77 años, 7 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303552119	MANABI	JUNIN	JUNIN	CALLE COLON y	098-812-8278 /
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	1303552119	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	07	21
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 77 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON LOSARTAN EN TABLETAS DE 100 MG VO QD, ACUDE A CONTROL MEDICO, SE ENCUENTRA CON DOLOR EN EL OIDO POR LO QUE SE ENVIO PREVIAMENTE A COLOCARSE GOTAS DE GLICERINA TRES DIAS Y ACUDE PARA REALIZAR LAVADO DE OIDO, SIN EMBARGO A PESAR DE LA PREPARACION PREVIA NO HA PODIDO RETIRARSE EL TAPON DE CERUMEN EL MISMO ESTA OCASIONANDO MOLESTIAS, DOLOR Y DIFICULTAD AUDITIVA POR LA RECURRENCIA SE DECIDE REFERIR A OTORRINOLARINGOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA TAPON DE CERUMEN EN CONDUCTO AUDITIVO DE OIDO DERECHO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CERUMEN IMPACTADO	H612		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-21	12:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-07-21	12:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	