

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SORNOZA	LOOR	YENGNI MIREYA	29	10	1963	61 años, 10 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303642019	MANABI	FLAVIO ALFARO	SITIO SAN PABLO y	099-002-1987 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Área		
MSP	1303642019	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	09	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

paciente acude refiriendo sensación de que ella o el mundo giran o se mueven, pérdida de equilibrio, náuseas y vómitos. También zumbidos en los oídos (tinnitus), pérdida de audición, o dificultad para enfocar los ojos, por lo que se refiere con otorrinolaringología

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

indicado

5. Diagnóstico

Diagnóstico
VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO

CIE-10

PRE

DEF

H811

X

FECHA

HORA

ESPECIALIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL

CÓDIGO

FIRMA

2025-09-03

09:07

Medicina Familiar Y Comunitaria

DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS

1759076258



DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema

His. Clínica 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

2025-09-03

09:07

Medicina Familiar Y Comunitaria

DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS

1759076258