

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BARRE	EDUARDO RAFAEL	03	10	1954	71 años, 7 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303761553	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHUNCHA y PRIMERO DE MAYO	099-768-0149 /
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	1303761553	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	05	07
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

ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS CON COMPLICACIONES QUE LE FUE AMPUTADO MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO POR DEBAJO DE RODILLA EN EL MES DE ENERO DEL PRESENTE AÑO POR COMPLICACIONES VASCULARES QUE OCASIONAN ÚLCERA QUE EN LO POSTERIOR PRESENTÓ NECROSIS Y FINALMENTE SE DECIDIO AMPUTACIÓN. REFIERE ADEMAS DIFICULTAD AUDITIVA SIN EMBRAGO NO HA RECIBIDO ATENCIIÓN ESPECIALIZADA POR LO QUE SE EXPLICA QUE DEBERIA REALIZAR ATENCIÓN PARA DE ACUERDO AL RESULTADO COMBINAR CON DISCAPACIDAD FISICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	07:38	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ

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
2026-05-07	07:38	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	