

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	VERA	BOANERGES NICOLAS	04	01	1962	63 años, 2 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304004003	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y	0988269425 /
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	1304004003	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	03	19
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 CON APP DE DISCAPACIDAD AUDITIVA DESDE HACE 25 AÑOS DE 34% Y HTA, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR HIPOACUSIA BILATERAL, REFIERE NO LLEVAR CONTROL CONTROL HACE MAS DE 15 AÑOS, ADEMAS QUE HACE 7 AÑOS AUMENTO DE HIPOACUSIA CON MAYOR PREDOMINIO EN OIDO IZQUIERDO Y PARCIAL DE LADO DERECHO, ACOMPAÑANTE REFIERE QUE SOLO REACCIONA A SONIDOS FUERTES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS. CON REQUERIMIENTO DE NUEVA VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD AUDITIVA SOLICITADA POR MIES Y VALORACION PARA IMPLEMENTACION DE AUDIFONOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO SE REALIZA OTOSCOPIA SIN ALTERACIONES, PRUEBA DE WEBER LATERALIZACION EN OÍDO DERECHO, TEST DE RINNE NEGATIVO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-19	11:20	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2025-03-19	11:20	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	