

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEL VALLE	ALAVA	PEDRO JOSE	26	05	1962	62 años, 5 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304021395	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	099-338-7755 /
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	1304021395	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2024	11	06
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 HIPERTENSION ARTERIAL TRATADO CON LOSARTAN 100 MG CADA DIA, DIABETES MELLITUS TIPO 2 METFORMINA 850 MG UNA VEZ AL DIA, PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SUMBIDO DE OIDO DEL LADO DERECHO DESDE HACE MAS O MENOS UN AÑO DE EVOLUCION HA SIDO TRATADO POR MEDICO OTORRINO EN EL CUAL SUGIEREN AURICULARES, NO HA TENIDO CONTROLES SUBSECUENTES, PACIENTE REFIERE QUE SONIDO AUMENTA EN ALGUNAS OCASIONES, SE ACOMPAÑA DE VERTIGO CONSTANTE. EXAMEN FISICO: OTOSCOPIA MEMBRANA TIMPANICA INTEGR. ADEMAS PRESENTA DOLOR EN REGION CERVICAL DESDE HACE UN AÑO EN EL CUAL LE DIFICULTA REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS. RX CERVICAL: CERVICALGIA RECTIFICADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-06	10:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2024-11-06	10:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	