

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GONGORA	ROBLES	OLGA TERESA	01	10	1946	79 años, 7 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304029224	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PICHINCHA Y EMILIO HIDALGO y	097-896-0585 /
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	1304029224	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	04
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

USUARIA ADULTA MAYOR QUE ES TRAIDA POR FAMILIAR (NEITA) QUIEN MENCIONA QUE HACE 1 MES ES INTERVENIDA QUIRURGICAMENTE PARA AMPUTACIÓN DE MIMEMBRO INFERIOR IZQUIERDO POR DEBAJO DE RODILLA YA QUE NECROSIS A NIVEL DE PIE, ES LLEVADA A LA ATENCIÓN EN HOSPITAL IESS CHONE PARA LUEGO SER DERIVADA A CLINICA EN SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS (CLÍNICA CUBA CENTER), REFIERE FAMILIAR QUE LA USUARIA PRESENTA GRAN DIFICULTAD AUDITIVA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN Y QUE EN LA ACTUALIDAD LE DIFICULTA EN GRAN MEDIDA LA COMUNICACIÓN SIN EMBARGO NO HA RECIBIDO ATENCIÓN DE ESTA SITUACIÓN CLÍNICA POR LO QUE HARA REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD PARA SU RESPECTIVO ANALISIS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H906	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-04	11:04	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Validar únicamente en FirmaBC. 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 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
2026-05-04	11:04	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	