

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ROSADO	LAUTARO SILVINO	24	12	1960	64 años, 2 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304146747	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	AVENIDA SAN JACINTO y	098-299-0818 /
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	1304146747	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 FÍSICA 60%, HTA Y CIRROSIS HEPÁTICA, QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR HIPOACUSIA BILATERAL, QUE SE ACOMPAÑA DE ECO CON SONIDOS FUERTES, REFIERE QUE HACE 1 AÑO AUMENTO DIFICULTAD PARA ESCUCHAR DE LADO IZQUIERDO, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA, REFIERE FAMILIAR NO LLEVAR CONTROL POR OTORRINOLARINGOLOGIA, CON REQUERIMIENTO DE NUEVA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD A SOLICITUD DE MIES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO SE REALIZA OTOSCOPIA NO SE EVIDENCIA 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	10:10	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	10:10	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	