

Otorrino.



SEGURO SOCIAL CAMPESINO

REDENCIAL: JEFE COTIZANTE

ASOCIACION CAMPESINA
"EL AGUACATE"
Codigo: 430411800000

SS

15041184753
01-07-2016
DNERCH
430411800000

Firma o Huella: _____

Beneficiario

Rene Arquez

f) Representante Organización Campesina

SEGURO SOCIAL CAMPESINO

No. Encuesta: 2786150

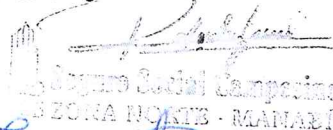
No. Cédula: 1304364753

Nombres: SORNOZA LOOR CARMEN
CONSUELO

Dispensario: DESCANSO DE LOS

Organización: EL AGUACATE

Fecha Ingreso: 2023/05/24


Seguro Social Campesino
SEORA NORTE - MANABI
Consuelo Sornoza

f) Representante Seguro Social Campesino

2023/05/29

T
0939481194.
Hija- Karla
Zambrano.

0989181752.
Celia Zambrano.
Hija.

Dirección:
Sitio Facundo
Rio de Oro.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
SEGURO SOCIAL
CAMPESINO

COMPROBANTE DE PAGO
"EL AGUACATE"
Codigo: 43021918000

1. Aportes \$ 5,38 ctus

2. Organización Asoc Camp "El Aguacate"

4. Encuesta N°: 2786150

3. Afiliado Samira Icar Larmen Bousuelo
(Apellidos y Nombres)

5. Mes que Paga: Octubre, Noviembre 2024

6. Fecha de Pago: 17/11/2024

Eris [Firma]
Tesorero/a

N°

No Bono.
No Discap.

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SORNOZA	LOOR	CARMEN CONSUELO		08	09	1961	63 años, 2 meses, 7 días	Mujer
				día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304364753	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO FACUNDO y SN	093-948-1194 /
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	1304364753	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13007 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringologia	2024	11	15

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 presenmta otalgia desde hace aproximadamente 7 años, que calma momentaneamente con analgesicos, desde hace 1
mese dolor se viene intensificando aumentando de intensidad que sede momentanemte con alagesicos acompaño de mareos,
CsPs. claros, RsCs. RITMICOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NORMAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTITIS MEDIA CRONICA MUCOIDE	H653	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-15	14:08	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664	 ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO

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
2024-11-15	14:08	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664	