

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	MAURO SIGIFREDO	13	02	1960	65 años, 0 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304444522	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SABANA y	0982503570 /
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	1304444522	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	02	18
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	☐	HIPOACUSIA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 65 AÑOS DE EDAD, NO REFIERE ANTECEDENTES DE RELEVANCIA. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR PRESENTAR SONIDOS EN EL OIDO TIPO ZUMBIDO, QUE EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE CEFALEA, DOLOR OCULAR Y VISION BORROSA QUE SE INCREMENTA AL AGACHARSE. REFIERE ADEMÁS SENTIR DISMINUCION DE LA AUDICION DE AMBOS LADOS CON PREDOMINIO DEL LADO DERECHO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO. NO REFIERE SINTOMAS ASOCIADOS A PATOLOGIA. 0982503570

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALDIAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS PERCEPCIONES AUDITIVAS ANORMALES	H932	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	15:25	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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 clínico

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
2025-02-18	15:25	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	