

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SANTOS	KETTY CAMILA DEL CONSUELO	18	07	1961	64 años, 9 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304502485	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	097-863-3023 / (05)-236-0624
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	1304502485	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	04	27
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 FEMENINA DE 64 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 50 MG DIARIO Y DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON GLIMEPIRIDA/METFORMINA (AMARYL 2/1000), QUIEN ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO HIPOACUSIA BILATERAL DE TIEMPO DE EVOLUCIÓN NO PRECISADO, DE PREDOMINIO EN OÍDO IZQUIERDO, QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS; REFIERE VALORACIÓN PREVIA POR MÉDICO PARTICULAR, QUIEN INDICA NECESIDAD DE USO DE AUDÍFONOS, SIN POSIBILIDAD DE ACCESO A LOS MISMOS POR LIMITACIONES ECONÓMICAS; DURANTE LA CONSULTA SE EVIDENCIA DIFICULTAD IMPORTANTE PARA LA COMUNICACIÓN, REQUIRIENDO REPETICIÓN CONSTANTE DE LAS INDICACIONES Y ELEVACIÓN DEL TONO DE VOZ; POR LO EXPUESTO Y ANTE LA SOSPECHA DE DÉFICIT AUDITIVO SIGNIFICATIVO, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA, DETERMINACIÓN DE GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA Y CONDUCTA TERAPÉUTICA, ASÍ COMO PARA PROCESO DE CALIFICACIÓN Y POSIBLE OBTENCIÓN DE CARNET DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON HIPOACUSIA BILATERAL, ACUDE PARA INICIAR TRÁMITES DE CARNET DE DISCAPACIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-27	08:16	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-04-27	08:16	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

