

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MERA	YONNY SIMON	18	05	1964	60 años, 10 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304624628	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	999-999-9999 /
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	1304624628	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	04	03
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 MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP:NIEGA ,AL MOMENTO CON CUADRO CLINICO DE 3 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR VERTIGO MAREOS PERDIDA DEL EQUILIBRIO Y AUDICION DE OIDO DERECHO . AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS . CUELLO NO ADENOPATÍAS, TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPA: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, A LA PALPACIÓN NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS, NO HAY EDEMA. MUCOSAS, HIDRATADA. PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON LABEIRNTITS AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
LABERINTITIS	H830		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-03	08:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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

