

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	LOOR	MERCEDES DIODA	24	09	1963	61 años, 10 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304711078	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	096-271-9160 / (05)-269-6132
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	1304711078	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	08	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 61 A, ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 10 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR RETRO AURICULAR QUE MIGRA HACIA ZONA MANDIBULAR, PACIENTE REFIERE QUE ESTE DOLOR SE HACE PRESENTE CUANDO HABLA O CUANDO DEGLUTE, ESTE DOLOR EVA 9/10, ES TIPO PUNZANTE, INTERMITENTE, CADA CUADRO DURA 4SEG DONDE SE INMOVILIZA POR EL DOLOR LOCAL. AP: NR, AQX: ABDOMINOPLASTIA (HACE 10 A), COLOCACION DE PLACA EN HUMERO DERECHO POR CAIDA, MENCIONA QUE SE REALIZO UNA EXTRACCION DE QUISTE DE MAMA IZQ, AF: MADRE HTA Y ARTROSIS, HERMANO TUMOR EN CEREBRO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DOLOR CRÓNICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DEL NERVIO GLOsofaríngeo	G521		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-05	15:07	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

