

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| IBARRA           | LOOR             | MANUEL DE JESUS | 03                  | 05  | 1965 | 60 años, 10 meses, 13 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304718149        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | 7AGOSTO y JUAN MONTALVO      | 098-142-9331 /       |
| 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                 | 1304718149      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2026  | 03  | 16  |
| 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 \*\*\* APP: HIPERTENSION ARTERIAL (CONVERTAL 100 MG) \*\*\* APF: NR \*\*\* APQ: NR \*\*\*\*A: NR \*\*\*\*\* ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR HIPOACUSIA IZQUIERDA ACOMPAÑADO DE CEFALEA, TINNITUS Y PERDIDA DE EQUILIBRIO. ADEMÁS REFIERE QUE EN EL MES DE OCTUBRE TUVO UN ACCIDENTE EN MOTO POR COLISION CONTRA OTRA MOTOCICLETA EN DONDE CAE DESDE EL TRANSPORTE Y SE GOLPEA EN ZONA TEMPORAL, MANIFIESTA USO DE CASCO, PERO NO REFIERE SANGRADO NI PERDIDA DE CONSCIENCIA. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REALIZAN MANIOBRAS, SE EVIDENCIA PERDIDA DE EQUILIBRIOTENDENCIA HACIA LADO DERECHO

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-03-16 | 09:47 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-03-16 | 09:47 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 |       |

