

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres              | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| TUAREZ           | VERGARA          | DIORLANDA BIENVENIDA | 26                  | 07  | 1958 | 67 años, 7 meses, 7 días | Mujer   |
|                  |                  |                      | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1304789843        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO CIRIACO y              | 099-339-8245 /      |
| 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                 | 1304789843      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2026  | 03  | 05  |
| 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 ACUDE REFIRIENDO QUE PRESENTA PERDIDA DE LA AGUDEZA AUDITIVA , ZUMBIDO EN LOS OIDOS , MAREOS , ADEMAS DE PRESENTA RINITIS ALERGICA POR LO QUE REQUIERE EVALUACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO REALIZADO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL | H900   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-03-05 | 10:50 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |       |

### 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2026-03-05 | 10:50 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |       |