

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	VERA	PAULO AROLD	22	06	1964	61 años, 11 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305226845	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA CAPILLA y	000-000-0000 /
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	1305226845	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	05	28
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 61 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 100 MG VO QD Y AMLODIPINO 5 MG VO QD, ADEMÁS DE DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE, EN CONTROLES TAMBIÉN POR SEGURO SOCIAL CAMPESINO. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR OTALGIA Y PRURITO EN AMBOS OÍDOS, CON EPISODIOS RECURRENTES DE OTITIS EXTERNA DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS MESES. PACIENTE REFIERE DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA AUDICIÓN, MENCIONANDO QUE CADA DÍA ESCUCHA MENOS, MOTIVO POR EL CUAL ACUDE PREOCUPADO Y SOLICITA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. REFIERE MEJOR ADHERENCIA TERAPÉUTICA ESTE ÚLTIMO MES Y NIEGA DESCOMPENSACIONES AGUDAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	13:36	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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
2026-05-28	13:36	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

