

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	MARIA VICENTA	05	07	1972	52 años, 6 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305232991	MANABI	CHONE	CONVENTO	CALLE AMAZONAS y	098-822-9857 /
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	1305232991	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	01	24
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 DE 52 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP: DMT2 ,HIPOTIROIDISMO EN ESTUDIO POR SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA TOMA LA SIGUIENTE MEDICACIÓN: METFORMINA 500 MG CADA DIA AL MOMENTO ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISFAGIA PERDIDA DE VOZ MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. AMIGDALAS HIPEREMICAS HIPERTROFICAS PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS, TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS: 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 DISFAGIA AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISFAGIA	R13X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-24	15:43	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
2025-01-24	15:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

