

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HERRERA	ALCIVAR	LEXI ARGENTINA	14	01	1969	56 años, 7 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305287417	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	EN LA CRESPA y SN	099-307-4174 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Área		
MSP	1305287417	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:							
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	08	27
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 DISFONIA DE 2 AÑOS DE EVOLUCION, PERO EN LOS ULTIMOS MESES ES MAS INTENSA POR LO QUE REQUIERE DE VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISFONIA	R490		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-27	11:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	 DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica 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
2025-08-27	11:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	