

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TRIVIÑO	PORTOCARRERA	ANGELA MARIA MAGDALENA	02	08	1948	77 años, 9 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305293282	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE ANIBAL SAN ANDRES y	096-913-4676 /
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	1305293282	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	05	04
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 DE 77 AÑOS DE EDAD, APP HIPERTENSION ARTERIAL, DISCAPACIDAD FÍSICA 73 % - ACUDE EN SILLA DE RUEDAS ACOMPAÑADA DE VECINO, SE ENCUENTRA PACIENTE CON ATROFIA DE MIEMBROS INFERIORES- ACORTAMIENTO DE AMBOS , NO CAMINA- HA PRESENTADO HIPOACUSIA EVOLUCIÓN CRÓNICA, CONTINÚA CON VÉRTIGOS A LOS MOVIMIENTOS BRUSCOS, ADEMÁS PRESENTA DOLOR EN REGIÓN DORSOLUMBAR TIPO CONTRÁCTIL, IRRADIADO A CADERA IZQUIERDO, INTENSIDAD MODERADA REFIERE QUE A PESAR DE TOMAR ANALGÉSICOS VO, CONTINUA CON EL DOLOR. PACIENTE DE RIESGO SOCIAL SOLICITA REFERENCIA PARA OTORRINOLARINGOLOGÍA POR DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN Y POR LOS VÉRTIGOS, Y SUBIR PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD, NECESITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL	H900	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-04	12:04	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO

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
2026-05-04	12:04	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	

