

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	ZAMBRANO	ALVARO FRANCISCO	02	06	1966	59 años, 4 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305435834	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE RAYMUNDO AVEIGA y CALLE COLON	097-963-5784 /
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	1305435834	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	10	31
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 ☐ HIPOACUSIA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 59 AÑOS CON APP DE HIPERTENSION EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG QD, DM II METFORMINA 500 MG, PSORIASIS MENCIONA NO APEGARSE AL TRATAMIENTO CORRECTAMENTE, AL MOMENTO ACUDE CON CEFALEA, MENCIONA NO TOMAR MEDICACION DESDE HACE 15 DIAS, AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE ALARMA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO. PACIENTE MENCIONAHIPOACUSIA HACE DOS MESES POSTERIOR A RUIDOS Y VIBRAACIONES PRODUCIDAS POR MAQUINARIAS PESADAS POR SU DOMICILIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL	H900	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-31	12:19	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-10-31	12:19	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	