

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
VERA		OSTAIZA		CONCEPCION ELIZABETH		5	4	1966	58	H
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO			
ECUATORIANA	ECUADOR	1305493676	MANABI	CHONE	CHONE	Calle Juan Montalvo entre Rocafuerte y 7 de agosto		0989467708 (HIJA)		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR		

II. REFERENCIA:1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1305493676	CENTRO DE SALUD CHONE		C	13D07		
REFIERE O DERIVA A:					FECHA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA	22	8	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive

Ausencia temporal del profesional

Falta de profesional

1 ☐

2 ☐

3 ☒

Saturación de capacidad instalada

Otros/ Especifique

4 ☐

5 ☒

EN PROCESO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (HIJA), REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 8 AÑOS PRESENTA DIFICULTAD AUDITIVA, REALIZA EVALUACIONES EN CONSULTA PARTICULAR PARA LUEGO RECOMENDAR UTILIZAR AUDÍFONOS, EL DIA DE HOY NO TRAE DOCUMENTACIÓN QUE EXPLIQUE LA PATOLOGÍA NI TAMPOCO AUDIOMETRÍA SE EXPLICA PROCESO DE EVALUACIÓN Y SE HARÁ REFERENCIA

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1	HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	H905	X
2			
3			

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

DR. RENATO LEONES

CÓDIGO MSP

1737

FIRMA



Firmado electrónicamente por:
EDGAR RENATO LEONES
GOMEZ

III. CONTRAREFERENCIA:

3 ☐

REFERENCIA INVERSA

4 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA		
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA:

CODIGO MSP

FIRMA

7. REFERENCIA
JUSTIFICADA