

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	NAPA	INES CONCEPCION	08	12	1969	56 años, 1 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306106715	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y EMILIO HIDALGO	098-015-2304 / (00)-000-0000
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	1306106715	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	02	05
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

☐

CONTROL Y
SEGUIMIENTO +
CARNET DE
DISCAPACIDAD

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD CON APP DE HTA PARA LO CUAL TOMA ENALAPRIL 10MG BID, ADEMÁS DE PRESENTAR DISCAPACIDAD AUDITIVA DEL 38%, LA PACIENTE AL MOMENTO DE LA VISITA ESTABA ACOMPAÑADA DEL ESPOSO LOS CUALES REFIEREN QUE LA HIPOACUSIA HA IDO PROGRESANDO Y EMPEORANDO, POR CUAL MOTIVO SOLICITAN UNA REFERENCIA AL OTORRINOLARINGÓLOGO PARA UNA NUEVA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO, ADEMÁS DE SOLICITUD PARA CARNET DE DISCAPACIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H906		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-05	23:07	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-02-05	23:07	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

