

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	MOREIRA	DIODITA NATIVIDAD	04	05	1966	58 años, 5 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306209808	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA HIDALGO	098-116-6662 /
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	1306209808	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	10	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS APP NO REFIERE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR OTALGIA QUE PRIMERO EMPEZO EN EL OIDO IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE TINNITUS Y LUEGO SE EXTENDIO LA MISMA SINTOMATOLOGIA AL ODIO DERECHO AGREGANDO A ESTO DISMINUCION DE LA AUDICION EN AMBOS OIDOS. PACIENTE REFIERE QUE SE REALIZO UNA AUDIOMETRIA EL 06/08/2024 EN EL CUAL PRESENTO LOS SIGUIENTES RESULTADOS: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA FUNCIONAL CON DESCENSO LEVE A MODERADOEN FRECUENCIA AGUDA DE 3HZ,4HZ,6HZ,8HZ BILATERAL. PACIENTE REFIERE QUE EN CONSULTA ANTERIORMENTE EN ORL RECIBIO TRATAMIENTO CON DEFAL DE 30MG, DEFAL 6MG. PACIENTE CONTINUA CON SU SINTOMATOLOGIA Y REFIERE QUE HA EMPEORADO POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGIA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ORIENTADA, REACTIVA, CONSCIENTE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRIA: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA FUNCIONAL CON DESCENSO LEVE A MODERADO EN FRECUENCIA AGUDA DE 3HZ,4HZ,6HZ,8HZ BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-15	20:34	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2024-10-15	20:34	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

