

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	SOLORZANO	SEGUNDA TERESA	14	11	1950	74 años, 8 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306243724	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-130-5592 /
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	1306243724	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	07	30
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 74 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50 MG QD. EN SISTEMA SE EVIDENCIA HISTORIAL DE TRATAMIENTO EN CONJUNTO CON CLORTALIDONA 25MG Y AMLODIPINO 5MG QD, SIN EMBARGO PACIENTE REFIERE SÓLO TOMAR LOSARTÁN DE 50 QD. ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE ENFERMEDADES DE BASE. REFIERE ALIMENTARSE ADECUADAMENTE, REALIZA NECESIDADES FISIOLÓGICAS SIN DIFICULTADES. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO. REFIERE CEFALEA HOLOCRANEANA DE APARICIÓN ESPORÁDICA. REFIERE ADEMÁS CUADRO DE HIPOACUSIA BILATERAL PROGRESIVA. ASÍ MISMO, REFIERE PRURITO EN OJO IZQUIERDO QUE SE ACOMPAÑA DE SECRECIÓN VERDOSA Y ERITEMA DE ESCLERA//0981305592

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA MEMBRAN TIMPÁNICA OPACA BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL	H900	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	14:25	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2025-07-30	14:25	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

