

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FERRIN	MUÑOZ	OSWALDO ENRIQUE	04	02	1969	57 años, 4 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306283811	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y SAN ANTONIO	098-823-6093 /
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	1306283811	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	19
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 MASCULINO DE 57 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, AA: NO REFIERE ACUDE A CENTRO DE SALUD REFIRIENDO ANTECEDENTE DE ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO, POSTERIOR AL CUAL PRESENTÓ SANGRADO POR OÍDO DEL LADO AFECTADO. DESDE ENTONCES EVOLUCIONA CON DISMINUCIÓN IMPORTANTE DE LA AUDICIÓN HASTA PÉRDIDA AUDITIVA SUBJETIVA EN DICHO OÍDO, ASOCIADA A SENSACIÓN DE OÍDO TAPADO Y MALESTAR LOCAL. NIEGA MEJORÍA DE LA SINTOMATOLOGÍA DESDE EL EVENTO TRAUMÁTICO. POR LOS HALLAZGOS REFERIDOS Y ANTE LA SOSPECHA DE LESIÓN OTOLÓGICA SECUNDARIA A TRAUMATISMO, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO, EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA TERAPÉUTICA. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA Y SE EMITE REFERENCIA PRIORITARIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL	H904	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-19	15:17	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-19	15:17	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

