

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ALCIVAR          | LUNA             | FLOR IRENE | 16                  | 04  | 1967 | 58 años, 3 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306502384        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | CONVENTO y                   | 999-999-9999 /       |
| 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                 | 1306502384                               | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A |                      | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                      |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                      | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Otorrinolaringología | 2025           | 08  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad         | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SE REALIZA ATENCION MEDICA A PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD SE REALIZA CONTROL MÉDICO CON APP: HIPERTENSION ARTERIAL TRATADA CON LOSARTAN 100MG CADA DIA , CLOPIDROGEL 75 MG PACIENTE AL MOMENTO CON RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO Y RIESGO PODOLOGICO BAJOAL MOMENTO REFIERE CEFALEA DE INTENSIDAD MODERADA EVA 7/10 VERTIGO MAREOS HIPOACUSIA TINITUS EN OIDO IZQUIERDO MOTIVO POR EL CUAL ACUDE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS, TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS: VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO, A LA PALPACIÓN NO MEGALIA, A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES. EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS, NO HAY EDEMA. MUCOSAS, HIDRATADA. SE REALIZA PROMOCIÓN DE SALUD. SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE CON LABERINTITIS AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA |
|-----------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico  | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------|--------|-----|-----|
| LABERINTITIS | H830   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-06 | 13:45 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-06 | 13:45 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO | 1310675093 |       |

