

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| BURGOS           | BRAVO            | YOBANNY DOLORES | 25                  | 04  | 1969 | 57 años, 2 meses, 18 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                         | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|-----------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306820083        | MANABI              | CHONE  | CONVENTO  | MANTABLANCA 1 y VIA MANTABLANCA 2 | 098-970-2703 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria      | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1306820083      | CONVENTO                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología |  | 2026  | 07  | 13  |
| 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 FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO DE OTALGIA LEVE DE 7 DIAS DE EVOLUCION. PACIENTE CON REITERADAS CONSULTAS POR OTITIS MEDIA AGUDA SEROSA. REFIERE USAR OTOZAMBON DE MANERA PROLONGADA. REFIERE USAR ANTIBIOTICO A LIBRE DEMANDA. APP: HTA CONTROLADA CON LOSARTAN DE 50 MG QD . AQX : HISTERECTOMIA+ SALPINGECTOMIA+ CATETERISMO CARDIACO. APF: HTA MAMA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, COLABORADORA, ALERTA, AFEBRIL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO PERMEABLE, SIN EDEMA NI SECRECIÓN. MEMBRANA TIMPÁNICA ÍNTEGRA. MEMBRANA TIMPÁNICA OPACA O DE COLOR ÁMBAR/AMARILLO PÁLIDO (A VECES GRISÁCEA). RETRACCIÓN DE LA MEMBRANA TIMPÁNICA. DISMINUCIÓN O AUSENCIA DEL REFLEJO LUMINOSO. DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD DEL TÍMPANO (SI SE REALIZA OTOSCOPIA NEUMÁTICA). PUEDE OBSERVARSE NIVEL HIDROAÉREO O BURBUJAS DE AIRE DETRÁS DEL TÍMPANO. GENERALMENTE SIN ABOMBAMIENTO INTENSO NI HIPEREMIA MARCADA, A DIFERENCIA DE LA OTITIS MEDIA AGUDA. COSTRA ANTIGUA O SANGRE SECA ADHERIDA AL CONDUCTO AUDITIVO O A LA MEMBRANA TIMPÁNICA.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                            | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRA OTITIS MEDIA AGUDA, NO SUPURATIVA | H651   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-07-13 | 10:00 | Medicina Rural | MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO | 1315552610 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2026-07-13 | 10:00 | Medicina Rural | MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO | 1315552610 |       |

