

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ARTEAGA          | GOMEZ            | MARLON HERMOGENES | 23                  | 11  | 1969 | 54 años, 9 meses, 3 días | Hombre  |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | Pais           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1306965375        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LAS MERCEDES y 15 DE ABRIL   | 098-550-3130 / (99)-999-9999 |
| Ver instructivo | Describir Pais | 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                 | 1306965375                               | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                      |      | 13D07 / ZONA 4 |     |  |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                                                      |                      |      | Fecha          |     |  |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa                                     | Otorrinolaringología | 2024 | 08             | 26  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad         | día  | mes            | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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 clinico

|                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONTROL- ECNT - AL MOMENTO ESTA CON HIPOACUSIA - DESDE HACE ALGUNOS AÑOS MAS ACENTUADO DEL LADO IZQUIERDO- SE ACOMPAÑA DE DORSALGIA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MOMENTO ESTA CON HIPOACUSIA - DESDE HACE ALGUNOS AÑOS MAS ACENTUADO DEL LADO IZQUIERDO- REFIERE QUE FUE POSTERIOR A TENER PAROTIDITIS - SE ACOMPAÑA DE DORSALGIA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2024-08-26 | 08:31 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2024-08-26 | 08:31 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |