

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MENDOZA	LILIANA MIRELLA	26	11	1972	53 años, 7 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307045854	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE 15 DE ABRIL y AVE LOS ALMENDROS	099-975-1250 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1307045854	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	07	07
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 53 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES MELLITUS Y HERNIA CERVICAL, QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL UNILATERAL, CON AUDICIÓN CONSERVADA EN EL OÍDO CONTRALATERAL. REFIERE PERSISTENCIA DE LA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD AUDITIVA, SIN MEJORÍA CLÍNICA, LO QUE INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE CONSIDERA NECESARIA EVALUACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO, DEFINICIÓN ETIOLÓGICA Y MANEJO ESPECÍFICO, POR LO QUE SE EMITE REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA Y CONDUCTA TERAPÉUTICA.

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
2026-07-07	14:01	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
2026-07-07	14:01	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

