

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	MURILLO	JUAN MARCOS	15	05	1972	53 años, 2 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307664506	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO) 9 DE OCTUBRE y EMILIO HIDALGO	093-933-5367 / (93)-933-5367	
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	1307664506	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	07	17	
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

USUARIO QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (ESPOSA), REFIERE QUE PRESENTA PATOLOGÍA AUDITIVA QUE PROVOCA DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD AUDITIVA ADEMÁS MENCIONA PATOLOGÍA VISUAL QUE TAMBIÉN GENERA DIFICULTAD VISUAL EN AMBOS OJOS, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 EMITIDO POR OFTALMOLOGÍA EN EL CUAL SE MENCIONA LOS DIAGNOSTICO MÁS SIN EMBRAGO NO TIENE AGREGADO LO REFERENTE A AGUDEZA VISUAL Y CAMPO VISUAL TAMBIÉN TIENE ANEXO 2 Y AUDIOMETRÍA QUE EL DÍA DE HOY YA TIENEN UN AÑO DE ELABORADOS POR LO QUE SE EXPLICA QUE SEGUN LA NORMATIVA 00227 YA NO TIENEN VIGENCIA LEGAL POR LO QUE SE HARÁ REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA Y EL USUARIO POR SU PARTE CONSULTARA CON OFTALMOLOGÍA DE HOSPITAL DEL IESS CHONE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRÍAS ANTERIORES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H906		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-07-17	08:04	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 RMA electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-07-17	08:04	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

