

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ACOSTA           | ZAMBRANO         | MARIA ELIZABETH | 18                  | 04  | 1985 | 39 años, 10 meses, 2 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307700995        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LUZ MARIA SOLORZANO y        | 099-482-3260 /       |
| 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                 | 1307700995                | 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 | 02    | 20             |
| 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

|                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE SIN APP DE IMPORTANCIA , PRESENTA DOLORS EN OIDO DE FORMA CONTINUA CON SECRECIÓN PURULENTA A RECIBIDO VARIOS TRATAMIENTOS SIN RESPUESTA ADECUADA, ACUFENOS Y MAREOS POSICIONALES , SE REALIZA INTERCONSULTA CON OTORRINOLARINGOLOGIA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                                       |
|---------------------------------------|
| DOLOR DE OIDO Y OTORREA INTERMITENTES |
|---------------------------------------|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTITIS EXTERNA AGUDA, NO INFECCIOSA | H605   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-20 | 11:45 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR | 1310089188 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-20 | 11:45 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR | 1310089188 |       |