

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	LOOR	ANGELICA RAMONA	31	08	1975	49 años, 11 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308270782	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAUCES 2 y	099-203-8616 /
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	1308270782	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	08	06
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

CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PERDIDA DE AUDICION BILATERAL, REFIERE MAYOR PERDIDA EN OIDO IZQUIERDO, DESDE HACE 7 AÑOS APROXIMADAMENTE DE MANERA PAULATINA, DESDE HACE MAS O MENOS 2 AÑOS AUMENTA LA DIFICULTAD AUDITIVA, TRAE CONSIGO CERTIFICADO DEL HOSPITAL DE IESS 25 NOVIEMBRE 2022 DONDE REPORTAN HIPOACUSICA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL OIDO IZQUIERDO 58.75 OIDO DERECHO 53.75 EXAMEN FISICO: OTOS COPIA: CAE LIBRE MEMBRANA TIMPANICA BILATERAL INTEGRAL. PACIENTE CON REQUIRIMIENTO DE USO BILATERAL DE AUDIFONOS Y TRAMITE PARA CALIFICACION DE DISCAPACIDAD CON LLENADO DE ANEXO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTOS COPIA. AUDIOMETRIA 2022

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	11:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-08-06	11:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	