

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	VELEZ	QUINCHE JANETH	08	08	1975	50 años, 7 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308518198	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	TACHEVE y	098-325-3963 /
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	1308518198	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	2026	04	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

PACIENTE DE 50AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: HIPOACUSIA MAS 5 DE AÑOS, TINNITUS PERMANENTE. HABLA Y LENGUAJE: ESCUCHA CON DIFICULTAD, ENTIENDE CON DIFICULTAD, SI HABLA. ANTECEDENTES PATOLÓGICO FAMILIARES: 1 HERMANA Y 2 TIOS MATERNO CON HIPOACUSIA. VALORACION ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRIA HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA NEUROSENSORIAL UNILATERAL CON AUDICION IRRESTRICTIVA CONTRALATERAL - TINNITUS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, UNILATERAL CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL	H907		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO		FIRMA electrónicamente por: LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO Validar únicamente con FirmaEC
2026-04-06	15:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949		

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
2026-04-06	15:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

