

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	CAICEDO	YOLANDA YESSENIA	26	06	1981	43 años, 8 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308645306	MANABI	CHONE	BOYACA	PUERTO ARTURO y CALLEJÓN SIN NOMBRE	096-899-0409 /
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	1308645306	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	03	05	
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 FEMENINO DE 43 AÑOS ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 15 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE VERTIGOS QUE EN OCASIONES LLEGAN AL DESEQUILIBRIO, ADEMAS REFIERE TINITUS Y SENSACION DE PLENITUD OTICA EN OIDO IZQUIERDO. PACIENTE REFIERE QUE TIENE ANTECEDENTES DE SUFRIR MIGRAÑAS RECURRENTEMENTE, NO NAUSEAS NI VOMITOS. AL MOMENTO PACIENTE SINTOMATICO, AFEBRIL, REFIERE QUE EN HORAS DE LA MAÑANA TUVO UN EVENTO DE LO ANTES MENCIONADO. EXAMEN FISICO DENTRO DE LA NORMALIDAD, MANIOBRA DE DIX-HALLPIKE SIN PRESENCIA DE NISTAGMO. EQUIPO DE DIAGNOSTICO EN MALAS CONDICIONES POR LO QUE NO SE PUEDE REALIZAR UN CORRECTO EXAMEN DEL OIDO MEDIO. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	H813	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-05	09:56	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

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
2025-03-05	09:56	Medicina Rural	JOHAN ALEJANDRO MENDOZA CORNEJO	1313058438	

