

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	PICO	ALEX IVAN	31 día	10 mes	1977 año	48 años, 3 meses, 19 a-m-d	Hombre



Firmado electrónicamente por:
EDGAR RENATO LEONES
GOMEZ HERNANDEZ
Validar únicamente con FirmaEC

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308808300	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BOLIVARIANA y	098-479-7802 / (99)-999-9999
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/Área	
MSP	1308808300	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		2026	02	19
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 A SOLICITAR INFORMACIÓN PARA RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, PRESENTA ANTECEDENTES DE HIPOACUSIA BILATERAL RAZÓN POR LA CUAL EN EL AÑO 2021 FUE ACREDITADO CON DISCAPACIDAD AUDITIVA EQUIVALENTE A 32%, BAJO ESTE CONTEXTO SE REALIZARA REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD PARA QUE NUEVAMENTE SEA EVALUADO Y SE LE REALICEN ESTUDIOS PERTINENTE Y DE ESTA FORMA EVALUAR EL ÁMBITO DE DISCAPACIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

POR AHORA NINGUNO ACTUALIZADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H903		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	09:16	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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
2026-02-19	09:16	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	