

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PULIDO	CHAVEZ	ANA MARIA	23	06	1977	48 años, 1 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309000865	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANDRES y	093-956-6350 / (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/Area
MSP	1309000865	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	08	20
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 ☐

RUPTURA MEMBRANA TIMPANICA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS NO PRODUCTIVA Y TINNITUS. AL INTERROGATORIO REFIERE TINNITUS DE LARGA DATA DE EVOLUCION QUE SE ACOMPAÑA DE MAREOS, MENCIONA APP: RUPTURA DE MEMBRANA TIMPANICA HACE 4 AÑOS. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. TELF: 0939566350

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

SNS-MSP / HCU-form.053 / 2021

REFERENCIA-DERIVACION-CONTRAREFERENCIA-REFERENCIA INVERSA

Página 1 de 3

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RUPTURA TRAUMATICA DEL TIMPANO DEL OIDO	S092		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	10:42	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-08-20	10:42	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

