

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEZA	MEJIA	RAMON ROSENDO	31	08	1976	49 años, 10 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309215422	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SN y	098-850-3589 /
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	1309215422	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	07	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

HOMBRE 49 AÑOS DE EDAD CON APP DE GLAUCOMA, PTERIGION, CATARATA APF MADRE CON HTA Y ECV CON SECUELA APQ FACOEMULSIFICACION ACUDE A UNIDAD DE SALUD POR CC DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DISMINUCION DE LA AGUDEZA AUDITIVA BILATERAL CON PREDOMINIO OIDO IZQUIERDO. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL, ASINTOMATICO. AL EXAMEN FISICO, SIN ANORMALIDADES. HOY ASINTOMATICO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRIA DEL 18 DE JUNIO QUE REVELA: OTOSCOPIA: CAE LIBRE, MT INTEGR. AUDIOMETRIA OIDO DERECHO: HIPOACUSIA SENSORIAL DE GRADO LEVE A MODERADO. AUDIOMETRIA OIDO IZQUIERDO HIPOACUSIDA MIXTA DE GRADO SEVERO**.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL	H900		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	13:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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 clínico

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
2026-07-06	13:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	