

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	BRAVO	EXSON YAIR	06	02	1975	50 años, 5 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309263000	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-236-5789 /
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	1309263000	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	07	08
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 50 AÑOS CON APP: NO REFIERE, APF: DIABETES MELLITUS (PAPA), HTA (MAMA), ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR HIPOACUSIA PROGRESIVA DE AÑOS DE EVOLUCIÓN, TAMBIEN REFIERE TINNITUS INTERMITENTE DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN PACIENTE REFIERE QUE APARECE CON SONIDOS FUERTES. PACIENTE REFIERE EN SU TRABAJO ANTERIOR ESTAR EXPUESTO A SONIDOS FUERTES DURANTE AÑOS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA MEMBRANA TIMPANICA INTEGRAL, NO ERITEMATOSA, NO ABOMBADA, NO CERUMEN, EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPOACUSIA, TINNITUS. NUMERO: 0986854237 // 0982546360

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-08	12:38	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-07-08	12:38	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	