

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERA	MARIA AUXILIADORA	20	05	1973	51 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309435491	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y ELOY ALFARO	098-656-9669 /
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	1309435491	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	11	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDETES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA ACUDE POR PRESENTAR MAREOS DE MODERADA INTENSIDAD ACOMPAÑADA DE OTALGIA + VISION BORROSA + PERDIDA DE EQUILIBRIO + TINNITUS DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCION. PACIENTE REFIERE QUE FUE DIAGNOSTICA CON VERTIGO HACE VARIOS AÑOS, NO CONTINUO CON TRATAMIENTO PORQUE NO HABIA TURNO DISPONIBLES. AL MOMENTO PACIENTE ASINTOMATICA, SIN SIGNOS DE ALARMA . O: SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, EXAMEN FISICO: PPERIDA DE EQUILIBRIO (ACUDE CON BASTON), OTOSCOPIA: DOLOR A LA MANIPULACION , NO SE EVIDENCIA SECRECION, LIQUIDO, NO PERDIDA DE AUDICION P: MEDIDAS GENERALES , REFERENCIA PARA SU SEGUIMIENTO POR OTORRINO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO: PPERIDA DE EQUILIBRIO (ACUDE CON BASTON), OTOSCOPIA: DOLOR A LA MANIPULACION, TINNITUS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS VERTIGOS PERIFERICOS	H813	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-07	14:59	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	

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
2024-11-07	14:59	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	