

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALMENDARIZ	PILAY	MARIUXI ELIZABETH	11	02	1978	47 años, 8 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309519419	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	069-746-4469 /
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	1309519419	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	10	15
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	☐	VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. APQX: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA, APENDICECTOMIA, CESAREA. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE 3 SEMANAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TINNITUS Y OTALGIA. AL INTERROGATORIO REFIERE QUE AL INICIO DEL CUADRO CLINICO ACUDIO AL MEDICO EN DONDE LE PRESCRIBIERON ANALGESICO Y LE INDICARON QUE TENIA IRRITADO MOTIVO POR EL CUAL DEBIA BUSCAR UN OTORRINO, PACIENTE MENCIONA QUE PESE A TTO MEDICO NO EXISTE MEJORIA, NO TOLERA RUIDOS . SINTOMATOLOGIA SE ACOMPAÑA DE MAREOS Y NAUSEAS CONSTANTES. EXAMEN FISICO: MANIOBRA DE DIX-HALLPIKE POSITIVA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0985550776

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO	H811		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-15	14:17	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
2025-10-15	14:17	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

