

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| AMERA            | PONCE            | MARIUXI MAGDALENA | 26                  | 11  | 1980 | 45 años, 0 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310045008        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SANTA MARIANITA y            | 099-452-3060 /       |
| 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                 | 1310045008      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología |  | 2025  | 12  | 12  |
| 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 FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD, QUE PRESENTA UN HISTORIAL DE VÉRTIGO Y TINITUS (ZUMBIDO EN LOS OÍDOS) DE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN, LOS CUALES SE MANIFIESTAN DE MANERA INTERMITENTE, AUNQUE CON TENDENCIA A AGRAVARSE EN SITUACIONES DE ESTRÉS O CAMBIOS EN LA POSICIÓN DE LA CABEZA. LA PACIENTE REFERÍA EPISODIOS DE VÉRTIGO ROTATORIO Y UNA SENSACIÓN CONSTANTE DE RUIDO EN AMBOS OÍDOS, LO QUE LE IMPIDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS CON NORMALIDAD. NO HA EXISTIDO UN DESENLACE PROGRESIVO EN LOS SÍNTOMAS, Y LOS EPISODIOS SE ACOMPAÑAN DE NAUSEAS EN ALGUNOS CASOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

seguimiento con especialidad

5. Diagnóstico

|                             |        |     |     |
|-----------------------------|--------|-----|-----|
| Diagnóstico                 | CIE-10 | PRE | DEF |
| VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO | H811   |     | X   |

|            |       |                |                               |            |       |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
| 2025-12-12 | 14:40 | Medicina Rural | DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ | 1350190912 |       |

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 |
|       |      |              |                        |        |       |