

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	CEDENO	YICELA BEATRIZ	21	07	1984	41 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	1310868979	MANABI	CHONE	RICAURTE	CHONE y	099-235-4860 /
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	1310868979	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	08	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

PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS ACUDE A CONSULTA AUDIOLOGICA POR PRESENTAR DISMINUCION DE LA AGUDEZA AUDITIVA, SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES RESULTADOS: OTOS COPIA: CAE LIBRE Y MT INTEGRA BILATERAL. AUDIOMETRIA: OI AUDICION PERIFERICA FUNCIONAL. OD: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL PROFUNDA, FRECUENCIAS DE 500 HZ Y 6KHZ NO EXISTE RESPUESTA. RECOMENDACIONES: USO DE AUDIFONOS MEDICADOS Y CONTROLES AUDITIVOS ANUALES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: PACIENTE FEMENINA DE 41 AÑOS ACUDE A CONSULTA AUDIOLOGICA POR PRESENTAR DISMINUCION DE LA AGUDEZA AUDITIVA, SE ENCUENTRAN LOS SIGUIENTES RESULTADOS: OTOSCOPIA: CAE LIBRE Y MT INTEGRA BILATERAL. AUDIOMETRIA: OI AUDICION PERIFERICA FUNCIONAL. OD: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL PROFUNDA, FRECUENCIAS DE 500 HZ Y 6KHZ NO EXISTE RESPUESTA. RECOMENDACIONES: USO DE AUDIFONOS MEDICADOS Y CONTROLES AUDITIVOS ANUALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, UNILATERAL CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL	H904		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	11:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-08-06	11:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

