

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEPEDA	MAYANZA	ABEL ALFREDO	28	10	1988	37 años, 6 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310927247	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AVDA ELOY ALFARO y SN	098-019-8943 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310927247	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	05	07
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 MASCULINO DE 37 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR PRESENTAR SINTOMATOLOGÍA DE LARGA DATA, PACIENTE REFIERE TENER MOLESTIAS EN OIDO IZQUIERDO DESDE JOVEN, NO REFIERE HABER REALIZADO NINGUN CONTROL, NO REFEIRE DESEQUILIBRIO, HIPOACUCIA, REFIERE SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO Y DOLOR LEVE QUE SE PRESENTA DE MANERA ESPORADICA, NO REFIERE MAS SINTOMATOLOGÍA, AL MOMENTO, AFEBRIL, COOPERA CON EL INTERROGATORIO, GLASGOW 15/15 SE REALIZA REFERENCIA PARA HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL OIDO, NO ESPECIFICADO	H939	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	12:18	Medicina Rural	FRANKLIN JAHIR GARCIA ZAMBRANO	1313078071	

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 clínico

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
2026-05-07	12:18	Medicina Rural	FRANKLIN JAHIR GARCIA ZAMBRANO	1313078071	