

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |        |                   |                                     |               |                                                                                                                                                           |                                  |   |                                                                                                                                                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
|---------------------------------------|--------|-------------------|-------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |        | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD            |               | TIPOLOGIA                                                                                                                                                 | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |   | NÚMERO DE ARCHIVO                                                                                                                                                                |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                                   |        | 1245              | C. S CARLOS MORALES<br>LOCKE- JUNIN |               | TIPO C                                                                                                                                                    | 1310963796                       |   |                                                                                                                                                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |        | SEGUNDO APELLIDO  |                                     | PRIMER NOMBRE |                                                                                                                                                           | SEGUNDO NOMBRE                   |   | SEXO                                                                                                                                                                             | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MANZABA                               |        | DUEÑAS            |                                     | ANA           |                                                                                                                                                           | ISABEL                           |   | F                                                                                                                                                                                | 01/12/1990       | 34   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |        | TIPO DE COBERTURA | DIRECCIÓN                           |               | REFERENCIA                                                                                                                                                |                                  | X | DERIVACIÓN                                                                                                                                                                       |                  |      |                         |   |   |   |
| 0963244653- 0982393716                |        | MSP               | CALLE VELASCO<br>IBARRA             |               | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |                                  |   | MOTIVO<br>6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |        |                   |                                     |               |                                                                                                                                                           |                                  |   |                                                                                                                                                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN |                   | PARROQUIA                           |               |                                                                                                                                                           |                                  |   |                                                                                                                                                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                | JUNIN  |                   | JUNIN                               |               |                                                                                                                                                           |                                  |   |                                                                                                                                                                                  |                  |      |                         |   |   |   |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                          |  |                  |  |                      |  |
|-------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|----------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD         |  |
| MSP                     |  |                          |  | CONSULTA EXTERNA |  | OTORRINOLARINGOLOGIA |  |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 34 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DEFICIT AUDITIVO QUE EMPEZO DESDE HACE 12 AÑOS APROXIMADAMENTE QUE SE BAÑO EN UN RIO Y EN ESA OCASION SE LE TAPO EL OIDO, Y POSTERIOR A ELLO LE HICIERON UN LAVADO DE OIDOS MEJORANDO EL CUADRO, POSTERIOR A ELLO HACE UN AÑO APROXIMADAMENTE VOLVIO A PASAR LO MISMO Y MEJORO EL CUADRO AL HACER NUEVAMENTE EL LAVADO, LO QUE LE PREOCUPA ES QUE HACE 15 DIAS DESPUES DE INTRODUCIRSE A LA PISCINA PRESENTA DIFICULTAD AUDITIVA MAS INTENSA, QUE LE HICIERON EL LAVADO DE OIDO NO MOSTRANDO MEJORIA, AL HACERLE LA REVISION POR CONSULTA PRIVADA DE OTORRINO LE INDICAN QUE TIENE PERFORADO EL TIMPANO EL LADO DERECHO, SIN EMBARGO SE EVIDENCIA DISMINUCION DE LA AGUDEZA AUDITIVA EN AMBOS OIDOS, EN DICHA VALORACION LE PRESCRIBEN EL USO DE AUDIFONOS, QUE UTILIZO POR UN DIA EN EL OIDO AFECTADO EVIDENCIANDOSE QUE EFECTIVAMENTE HAY UN DEFICIT AUDITIVO PERO QUE EL AURICULAR USO QUE ERA POTENCIA 2 NO CUBRIA EL DEFICIT AUDITIVO QUE PRESENTABA POR LO QUE ERA NECESARIA UNA NUEVA VALORACION, POR LO QUE ACUDE A CONSULTA PARA LA GESTION CORRESPONDIENTE Y PODER SER VALORADA CON UN OTORRINOLARINGOLOGO.

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO                                               | CIE  | PRE | DEF |    |                                         | CIE  | PRE | DEF |
|-----------------|---------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----------------------------------------|------|-----|-----|
| 1               | HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, NO ESPECIFICADA | H908 |     | X   | 4. | RUPTURA TRAUMATICA DEL TIMPANO DEL OIDO | S092 |     | X   |
| 2.              |                                                               |      |     |     | 5. |                                         |      |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                |  |                 |  |                                                                              |  |
|---------------------------------------|--------------|----------------|--|-----------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE  |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO                                                             |  |
| 2025/10/02                            | 10:00        | ANGELICA MARIA |  | MERA            |  | REYNA                                                                        |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              |                |  | FIRMA           |  | SELLO                                                                        |  |
| 1309015111                            |              |                |  |                 |  | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: CU-1514319 |  |

## G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

|                       |    |    |                       |    |    |
|-----------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| REFERENCIAJUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓNJUSTIFICADA | SI | NO |
| CONTRAREFERENCIA      |    |    | REFERENCIA INVERSA    |    |    |

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |
|-------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-----------|----------------------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO |  |
|                         |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |  |                          |  |          |                    |
|-------------------------|--|--------------------------|--|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |  |                          |  |          |                    |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## F. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    |  | CIE | PRE | DEF |
|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| 1.              |                 |     |     |     | 4. |  |     |     |     |
| 2.              |                 |     |     |     | 5. |  |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              |               |  | FIRMA           |  | SELLO            |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |

