

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	GARCIA	HECTOR FABRICIO	02	11	1983	41 años, 3 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310973050	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	SAN ISIDRO y SAN ISIDRO	099-633-3600 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310973050	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	02	13
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 CON APP DE GOTA HACE 3 AÑOS EN TRATAMIENTO CON PREDNISONA DE 20 MG PRN, ALOPURINOL 300 MG QD, COLCHICINA 0,5 MG CADA 12 HORAS. ACUDE A CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO CON AUTOMETRIA HACE 2 MESES DONDE SE DETERMINA POR HIPOACUSIA BILATERAL DE O.I. 68% Y O.D. 55%, CON REQUERIMIENTO DE VALORACIÓN DE PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD AUDITIVA Y USO DE AUDÍFONOS. AL MOMENTO ESTABLE, ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO MEDIANTE OTOSCOPIA NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES. PRUEBA DE WEBER CON LATERALIZACION HACIA OÍDO DERECHO, TEST DE RINNE POSITIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	15:35	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2025-02-13	15:35	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	