

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	BARRE	KELVIN JOSE	02	12	1980	44 años, 11 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311284630	MANABI	TOSAGUA	BACHILLERO	BACHILLERO CALLE PRIMERO DE MAYO y SANTIAGO VERA	099-492-0240 /
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	1311284630	BACHILLERO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D12 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	11	20
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE SEXO MASCULINO 44 AÑOS DE EDAD REFIERE FAMILIAR QUE HACE 19 AÑOS FUE IMPACTADO POR ARMA DE FUEGO (PERDIGON) EN REGIÓN DE ARTICULACION TEMPOROMANIDBULAR DERECHA- LA CUAL OCASINO DAÑO DE APOFISIS CORONOIDE- Y LESION DE NERVIIO FACIAL LEVE- PACIENTE AL MOMENTO PRESENTA BUENA APERTURA BUCAL - LO CUAL NO REQUIERE CONDUCTA QUIRÚRGICA. PACIENTE FAMILIAR REFIERE LEVE DOLOR EN REGIÓN DE ATM DERECHA E INFECCIONES A REPETICION.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TAC (22/05/2025)

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, BILATERAL		H906		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-20	10:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	

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
2025-11-20	10:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	MELISSA MAYRENA GARCIA GARCIA	1307569986	