

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MORALES	ANGELA PATRICIA	28	09	1997	28 años, 1 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311651218	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE SN y	097-887-7346 /
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	1311651218	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	11	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

ADULTA JOVEN CON APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL, HIPOACUSIA BILATERAL CON INDICACIONES DE ADITIVOS AURICULARES (NO UTILIZA POR MOTIVO DE SER PEDIATRICOS AUDIOMETRIA A LOS 6 AÑOS DE EDAD), NO REALIZA PRONUNCIACION NO MANTIENE COMUNICACION VERBAL, PACIENTE REALIZA EN TERAPIA DE LENGUAJE DOS VECES A LA SEMANA, DESORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO CONDICION DE SU PATOLOGIA, SORDERA BILATERAL EXAMEN FISICO: OD: CAE: MEMBRANA INTEGRAL PERMEABLE OI: CAE: MEMBRANA INTEGRAL PERMEABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REQUERIMIENTO DE AUDIOMETRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL	H900		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-06	10:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-11-06	10:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	