

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres   | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SORNOZA          | MENDOZA          | ANA JULIA | 17                  | 11  | 1988 | 36 años, 9 meses, 16 días | Mujer   |
|                  |                  |           | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1311651622        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | 24 DE MAYO y                 | 099-054-6492 / (09)-905-4649 |
| 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                 | 1311651622      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |  |                  | Fecha                |      |         |
|---------------------|------------------------------------------|--|--|------------------|----------------------|------|---------|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  |  | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2025 | 09 02   |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  |  | Servicio         | Especialidad         | día  | mes año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TINITUS DESDE HACE 4 AÑOS APROXIMADAMENTE, REFIERE QUE HACE 2 SEMANAS PRESENTÓ VÉRTIGO CON LEVE OTALGIA EN OÍDO IZQUIERDO. AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE SE REALIZA REFERENCIA CON OTORRINOLARINGOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: Glucosa : 84.8 mg/dL 70 - 110. Urea: 23.17 mg/dL 10 - 50. Creatinina 0.83 mg/dL 0.6 - 1.1. Ácido Úrico: 2.47 mg/dl 2.4 - 6. Colesterol: 169.1 mg/dL 0 - 200. Triglicéridos: 57.7 mg/dL 0 - 150. TGO/AST: 24.25 U/L 0 - 31. TGP/ALT: 29.76 U/L 0 - 32. HB: 14.1

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------|--------|-----|-----|
| OTROS VERTIGOS PERIFERICOS | H813   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                     |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-09-02 | 11:40 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 | <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>JESUS GREGORIO LOOR VERA</b><br>Validar únicamente con FirmaEC |

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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2025-09-02 | 11:40 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |