

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BURGOS	FARIAS	MARIA PATRICIA	12	11	1992	32 años, 10 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312139205	MANABI	CHONE	RICAURTE	AV UNIVERSITARIA y AMÉRICA	096-026-7296 /
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	1312139205	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	10	07
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 DE 32 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR OTALGIA EN ODIO DERECHO DE APROXIMADAMENTE 24 HORAS DE EVOLUCION, PACIENTE REFIERE QUE DOLOR EN ODIO DERECHO SE HA INTESIFICADO EN LAS ULTIMAS HORAS Y HA PERDIDO UN POCO LA AUDICION, TAMBIEN NOS REFIERE TOMAR ANALGESIA PERO NO HA HABIDO MEJORIA, INDICAN QUE LE REVISARON EL CONDUCTO AUDTIVO PERO NO LE ENCONTRARON NADA, AL NO TENER OTOSCOPIA SE INICIA TRAMITE PARA REFERENCIA, SE ENVIA ANALGESIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE AL CENTRO DE SALUD POR OTALGIA EN ODIO DERECHO DE APROXIMADAMENTE 24 HORAS DE EVOLUCION, PACIENTE REFIERE QUE DOLOR EN ODIO DERECHO SE HA INTESIFICADO EN LAS ULTIMAS HORAS Y HA PERDIDO UN POCO LA AUDICION, TAMBIEN NOS REFIERE TOMAR ANALGESIA PERO NO HA HABIDO MEJORIA, INDICAN QUE LE REVISARON EL CONDUCTO AUDTIVO PERO NO LE ENCONTRARON NADA, AL NO TENER OTOSCOPIA SE INICIA TRAMITE PARA REFERENCIA, SE ENVIA ANALGESIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTALGIA	H920	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-07	10:12	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-10-07	10:12	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

