

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GONZALEZ	ELSA JANINA	17	04	2000	24 años, 9 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312372418	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO PUNTA Y FILO y SITIO PUNTA Y FILO	098-732-8409 / 099-675-1546
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	1312372418	SANTA MARTHA	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	☒	Saturación capacidad	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE POR CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR EN OÍDO IZQUIERDO, OÍDO TAPADO, DOLOR EN ZONA TEMPORAL Y RETRO AURICULAR, ACTUALMENTE TAMBIÉN PRESENTA DOLOR EN ZONA CERVICAL Y SE PALPA MASA CERVICAL. TRATADA DE FORMA PARTICULAR CON CEFALEXINA 500MG, IBUPROFENO 400MG SIN MEJORÍA, REALIZA NUEVO ESQUEMA TTO CON PENICILINA BENZATÍNICA, OTICUM, DEXAMETASONA, OTODYNE SIN MEJORÍA CLÍNICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTITIS MEDIA INTERNA REFRACTARIA A TRATAMIENTOS ANTIBIOTICO Y CORTICOIDE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTITIS MEDIA CRONICA SEROSA	H652		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	14:08	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	 DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ

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