

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	CHAVEZ	PABLO ALFREDO	31	07	1982	43 años, 5 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312470972	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	099-155-1504 /
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	1312470972	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	2026	01	29
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

☐

OTITIS
RECIDIVANTE

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE A CONSULTA MÉDICA PARA ATENCIÓN A PACIENTE PRIORITARIO DEL COLECTIVO LGBTI, COMENTA QUE HA MANTENIDO SALIDA DE LÍQUIDO HEMATOPURULENTO DE OÍDO IZQUIERDO MÁS PRURITO DE ABUNDANTE CANTIDAD DE VARIOS MESES DE PRESENTACIÓN PARA LO CUAL SE HA SOMETIDO A VARIOS TRATAMIENTOS CON ANTIBIÓTICOS ORALES Y LOCALES Y NO HA VISTO MEJORÍA.- SE REALIZÓ EXÁMENES COMPLETOS EN AGOSTO 2025

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO EXAMENES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-29	09:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	 FIRMADO ELECTRONICAMENTE POR: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ 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 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
2026-01-29	09:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	