

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VELEZ	MAYRA MONSERRATE	22	08	1994	31 años, 3 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	1312532227	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	096-321-8010 / (99)-999-9999
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	1312532227	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	12	08
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

☐

OTALGIA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 31 AÑOS DE EDAD, APP: RINITIS ALÉRGICA, APF: HTA (MAMA Y PAPA) DMII (PAPA), APQX: RINOPLASTIA HACE 11 AÑOS. ACUDE A CONSULTA POR SOLICITAR REFERENCIA A OTORINOLARINGOLOGIA POR CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR OTALGIA EN OIDO DERECHO, NIEGA SINTOMAS ACOMPAÑANTES MENCIONA QUE DICHO CUADRO CLINICO SE PRESENTO POSTERIOR A PARALISIS DE BELL QUE TUVO HACE APROXIMADAMENTE 6 MESES. PACIENTE ACTIVA, REACTIVA,A FEBRIL. TEL: 0963218010 // 090119633

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL OIDO INTERNO	H838	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-08	09:49	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-12-08	09:49	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	