

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ANDRADE          | ESMERALDAS       | MIRKA FABIANA | 23                  | 07  | 1996 | 28 años, 5 meses, 18 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312664616        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | AV MARCOS ARAY DUEÑAS y      | 099-994-8883 /      |
| 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                 | 1312664616      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología |  | 2025  | 01  | 10  |
| 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 FEMENINA 28 AÑOS DE EDAD CON APP: NO REFIERE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERDIDA PROGRESIVA DE LA AUDICION DE AMBOS OIDO SEGUN INDICA, INDICA HABERSE REALIZADO UNA AUDIMETRIA HACE 1 AÑO ATRAS DONDE LE DIAGNOSTICARON LA PERDIDA DE LA AUDICION DE MAYOR PROGRESO EN EL OIDO DERECHO. INDICA TENER ANTECEDENTES FAMILIARES DE HERMANOS AMBOS CON PERDIDA TOTAL DE LA AUDICION EN UNO DE SUS OIDOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICIO: NOTORIA HIPOACUSIA EN AMBOS ODIOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                          | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL | H903   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-01-10 | 15:10 | Medicina Rural | FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA | 1314008556 |       |

### 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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-01-10 | 15:10 | Medicina Rural | FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA | 1314008556 |       |