

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	CEDEÑO	JULIO CESAR	10	12	1990	35 años, 4 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313363481	MANABI	JUNIN	JUNIN	AVENIDA SAN LORENZO y SN	098-203-8001 / (05)-268-9749
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	1313363481	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	04	22	
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 MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE MALFORMACION DE PABELLON AURICULAR E HIPOACUSIA DESDE EL NACIMIENTO REFIERE QUE ESTO SE HA AGUDIZADO Y QUE AHORA SE LE DIFICULTA MUCHO ESCUCHAR, DE OIDO IZQUIERDO NO ESCUCHA NADA Y EN DERECHO CON DIFICULTAD, ADEMAS PRESENTA CIFRAS ELEVADAS DE TENSION ARTERIAL CUANDO ACUDE A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD- SINDROME DE BATA BLANCA, ACUDE PARA VALORACION DE SU CONDICION DE SALUD Y SEA REFERIDO A ESPECIALIDAD PORQUE YA ESTA PREOCUPADO QUE EL DEFICIT AUDITIVO HA IDO INCREMENTANDOSE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA MALFORMACION EN LA PARTE SUPERIOR DEL HELIX DE PABELLON AURICULAR DERECHO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, NO ESPECIFICADA	H908		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-22	11:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-04-22	11:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	