

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	SOLORIZANO	AIDEE MARIBEL	01	01	1973	53 años, 2 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313394635	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO ROLDAN y SITIO ROLDAN	096-800-1444 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313394635	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	03	27
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 DE 53 ACUDE ACOMPAÑADA DE FAMILIAR (ESPOSO) QUIEN MENCIONA QUE SU ESPOSA NO HABLA NI ESCUCHA (SORDOMUDEZ) DESDE EL NACIMIENTO. MENCIONA VALORACION PREVIA EN OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA Y SE ENCONTRABA EN PROCESO DE OBTENCION DE CARNET DE DISCAPACIDAD, PROCESO QUE FALLA POR UN ERROR DE TIPO EN LA CEDULA POR LO QUE ACUDE A RENOVACION DE REFERENCIA. AL MOMENTO LA PACIENTE ESTA ESTABLE, CONSCIENTE Y ORIENTADA. NIEGA SINTOMATOLOGIA A PARTE DE SU CONDICION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	H913		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-27	08:41	Medicina Rural	MIJAIL ANTONIO MIER ABAD	1312279001	

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
2026-03-27	08:41	Medicina Rural	MIJAIL ANTONIO MIER ABAD	1312279001	