

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| MENDOZA          | LOOR             | JOSUE FELICIANO | 01                  | 07  | 1999 | 26 años, 11 meses, 3 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313579722        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | MANUEL DE JESUS ALVAREZ y SALUSTIO GILER | 095-899-5908 /      |
| 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                 | 1313579722      | 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 | 06  | 04  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad         | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD \*\*\* APP: MIGRAÑA + TIROIDES ??? \*\*\* APF: ABUELA PATERNA (DM II) MAMA (HIPOTIROIDISMO + HTA + MIGRAÑA) \*\*\* APQ: APENDICECTOMIA \*\*\*AA: NR \*\*\*\* ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 7 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR OTALGIA INTENSA QUE SE IRRADIA A REGION FRONTAL Y MANDIBULAR ACOMPAÑADO DE PRURITO EN CANAL AUDITIVO EXTERNO DE MODERADA-ALTA INTENSIDAD BILATERAL CON PREDOMINIO IZQUIERDO. ADEMÁS REFIERE HIPOACUSIA IZQUIERDA + ACUFENOS + PESADEZ DE REGION TEMPORAL BILATERAL. COMENTA QUE SE HA ESTADO COLOCANDO GOTAS OTICAS DE CIPROFLOXACINO + AMOXICILINA/AC CLAVULANICO PRESCRITAS EN ATENCION DE SEGURO CAMPESINO \*\*\* TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APYO POR ESPECIALIDAD \*\*\* CANAL AUDITIVO EXTERNO CON PRESENCIA DE HIFAS MICTICAS EN CANTIDAD ABUNDANTE SIN PRESENCIA DE HIPERSECRECION SUPURATIVA + POSIBLE PERFORACION TIMPANICA + ERITEMA DE TODO CANAL EXTENO HASTA MEMBRANA TIMPANICA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS OTITIS EXTERNAS INFECCIOSAS | H603   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-06-04 | 16:19 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-06-04 | 16:19 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 |       |