

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MAZAMBA	ZAMBRANO	BENJAMIN MAXIMILIANO	07	04	1985	39 años, 9 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313674614	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BOCA ALEGRE y	097-971-8154 /
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	1313674614	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	01	14
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA SECRECION DE OIDO COLOR AMARILLENTO DE LARGA DATA POR 5 DIAS POSTERIOR A LO CUAL EL CUADRO MEJORA PARCIALMENTE QUE AUMENTADO FRECIENCIA EN LOS ULTIMOS MESES Y SE ACOMPAÑA DE DISMINUCION DE AGUDEZA AUDITIVA, REFIERE QUE HA RECIBIDO TRATAMIENTO EN BAJE A CIPROFLOXACINO Y OTOZAMBON SIN MEJORIA SIN MEJORIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO EN CONDUCTO AUDITIVO DERECHO SE EVIDENCIA SECRECION EN POCA CANTIDAD, NO SE LOGRA VISIALIZAR MEMBRANA TIMPANICA
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PERFORACION DE LA MEMBRANA TIMPANICA, SIN OTRA ESPECIFICACION	H729	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-14	11:52	Medicina Rural	GABRIEL ALEXANDER CANDO VILLENA	1804365094	

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
2025-01-14	11:52	Medicina Rural	GABRIEL ALEXANDER CANDO VILLENA	1804365094	