

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| VERGARA          | ZAMBRANO         | NAYDELIN PIERINA | 15                  | 08  | 2003 | 22 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        | 1313739417        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CALLE PRINCIPAL y            | 098-710-6514 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1313739417      | 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 | 02 02   |
| 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 DE 22 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CÁNCER DE GLÁNDULA PARATIROIDES EN SEGUIMIENTO EN SOLCA DESDE HACE 2 AÑOS AQX EXÉRESIS DE TUMOR POR 2 OCACIONES, LA ULTIMA HACE 2 AÑOS, REFIERE DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN EN EL CONDUCTO AUDITIVO DERECHO, ACOMPAÑADO DE DOLOR LOCALIZADO (DONDE LE REALIZARON LA EXÉRESIS) CADA VEZ QUE PRESENTA SÍNDROME GRIPAL O AMIGDALITIS. LA SEGUNDA SEMANA Y ÚLTIMA SEMANA DE DICIEMBRE DEL AÑO 2025. ESTE CUADRO CLÍNICO (EL PRIMERO) DURÓ 10 DÍAS, EL MEDICO DE SOLCA DE PORTOVIEJO LE SOLICITÓ QUE FUERA ATENDIDA POR MÉDICO OTORRINO. AL MOMENTO AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXÁMENES PENDIENTES.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOACUSIA CONDUCTIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION | H902   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL              | CÓDIGO | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-02 | 16:31 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   |  |

Firmado electrónicamente por:  
MARIA DEL ROSARIO  
ESCANDON ZAMBRANO  
Validar únicamente con FirmaEC

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 |
|------------|-------|------------------|-------------------------------------|--------|-------|
| 2026-02-02 | 16:31 | Medicina Interna | MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO | 5119   |       |