

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTELO	SOLORZANO	LUIS ALEJANDRO	04	01	1992	34 años, 4 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313794909	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	098-108-9608 /
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	1313794909	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	05	05
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 34 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO DOLOR DE OÍDO, DISMINUCIÓN DE LA AUDICIÓN, SECRECIÓN ÓTICA, SENSACIÓN DE OÍDO TAPADO, CONGESTIÓN NASAL, ODINOFAGIA. REFIERE QUE LOS SÍNTOMAS HAN SIDO PROGRESIVOS Y CON POBRE RESPUESTA A TRATAMIENTO PREVIO, PRESENTANDO ADEMÁS MOLESTIAS ASOCIADAS COMO SENSACIÓN DE PRESIÓN LOCAL Y DIFICULTAD PARA LA AUDICIÓN/CONGESTIÓN NASAL RECURRENTE. NIEGA FIEBRE ALTA O SÍNTOMAS SISTÉMICOS IMPORTANTES POR LA PERSISTENCIA DEL CUADRO CLÍNICO Y LA NECESIDAD DE EVALUACIÓN ESPECIALIZADA, SE DECIDE REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTALGIA	H920		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-05	13:07	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-05	13:07	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

