

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | VELEZ            | LILIAN DOLORES | 18                  | 03  | 1990 | 36 años, 2 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314641562        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | ARARSTARDERO y               | 098-785-2336 /       |
| 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                 | 1314641562      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                      | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|----------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2026  | 06  | 08  |
| 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

USUARIA QUE ACUDE SOLA, REFIERE QUE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO 2 MESES PRESENTA VERTIGO E HIPOACUSIA, ES EVALUADA EN CONSULTA PARTICULAR PARA LUEGO SER EVALUADA EN CENTRO DE SALUD DE CALCETA, ES EVALUADA EN CHONE EN CONSULTA MÉDICA PARTICULAR EN CHONE DONDE LE REALIZAN ESTUDIO DE AUDIOMETRÍA, NO TIENE ANEXO 2, SE EXPLICA ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN ADEMÁS DE REALIZAR REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD (OTORRINOLARINGOLOGÍA )

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRÍA PARTICULAR

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                          | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL | H903   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                       | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO   | FIRMA |
|------------|-------|------------------------------------|---------------------------|----------|-------|
| 2026-06-08 | 07:02 | Médico Calificador De Discapacidad | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |       |

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 |
|------------|-------|------------------------------------|---------------------------|----------|-------|
| 2026-06-08 | 07:02 | Médico Calificador De Discapacidad | EDGAR RENATO LEONES GOMEZ | 156-3939 |       |