

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ACOSTA           | CINDY GEMA | 19                  | 04  | 1996 | 30 años, 3 meses, 15 días | Mujer   |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314644160        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CIUDADELA SAN FRANCISCO y SN | 098-173-3977 / (99)-051-6956 |
| 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                 | 1314644160      | NAUSE                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología |  | 2026  | 08  | 03  |
| 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

FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD APP: VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO (VPB), MIOMA UTERINO Y QUISTES OVÁRICOS. APF: HTA CRÓNICA (PADRE), DM II (MADRE Y PADRE), CA MAMA (TÍA PATERNA Y PRIMA MATERNA, AMBAS FALLECIDAS). ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA POR REFERIR CC DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR OTALGIA, SENSACIÓN DE PLENITUD ÓTICA, INCREMENTO EN LA SECRECIÓN DE CERÚMEN Y EXACERBACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS DE VPB. MEDICAMENTOS: OMEGA 3, CITRATO DE MAGNESIO, ACIDO FOLICO, FLUZINA (ESTA ULTIMA REFIERE CONSUMIR CUANDO TIENE CEFALEA TENSIONAL Y MAREO).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------|--------|-----|-----|
| VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO | H811   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-08-03 | 15:22 | Medicina Rural | HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA | 1314644178 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-08-03 | 15:22 | Medicina Rural | HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA | 1314644178 |       |