

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	VELIZ	JOSE MANUEL	06	07	1990	35 años, 1 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	1314791334	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL CAUCA	099-240-5380
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	1314791334	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	07	24
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 MASCULINO DE 34 AÑOS, APP: NO REFIERE, APF: MADRE DM, PADRE HTA, AQX: APENDICECTOMIA, ACUDE A CITA MEDICA POR MOTIVO DE PRESENTAR CUADROS RECURRENTES DE OMA, ULTIMO EPISODIO PRESENTO HACE PAR DE SEMANAS, MOTIVO POR EL CUAL ACUDIO A HGND C DONDE RECIBIO TTO, ESTE AÑO MENCIONA HABER PRESENTADO 4 EPISODIOS CARACTERIZADOS POR DOLOR INTENSO DE OIDO + OTORREA. AL MOMENTO NIEGA SINTOMATOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TRAE LABS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTITIS MEDIA TUBOTIMPANICA SUPURATIVA CRONICA	H661	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	13:51	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-07-24	13:51	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	