

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	MOREIRA	KENNY NAYELY	26	05	2002	22 años, 8 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314994128	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	TIRZA FLORES DE VALGAZ y TIRSA FLORES DE VLAGAS	098-667-8428 /
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	1314994128	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	02	19
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE DISCAPACIDAD AUDITIVA, TRASTORNO DEL HABLA, HEPATITIS A Y ANEMIA HEMOLÍTICA A LOS 7 AÑOS DE EDAD, QUE ACUDE A ESTA CASA DE ALUD PARA VALORACIÓN DE HIPOACUSIA BILATERAL CONGÉNITA QUE REFIERE ACOMPAÑANYE HA AUMENTADO EN LOS AÑOS Y SOLO RESPONDE A SONIDOS FUERTES, ADEMAS DE REQUERIMIENTO DE AUDÍFONOS Y RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD, SIN VALORACIÓN POR ESPECIALISTA DESDE HACE MÁS DE 5 AÑOS. AL MOMENTO ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES MEDIANTE OTOSCOPIA, PRUEBA DE RINNE NEGATIVO, TEST DE WEBER LATERALIZADO A OIDO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	14:30	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2025-02-19	14:30	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

