

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| SEGOVIA          | PEÑARRIETA       | FATIMA DEL ROSARIO | 01                  | 04  | 1981 | 43 años, 10 meses, 27 días | Mujer   |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315930873        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | NA y NA                      | 099-082-8352 /       |
| 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                 | 1315930873                               | INES MORENO              | CENTRO DE SALUD TIPO A |                      | 13D06 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                      |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                      | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Otorrinolaringología | 2025           | 02  | 28  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad         | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MUJER DE 43 AÑOS DE EDAD, CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DE LARGA DATA SIN CALIFIACION DE PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD MAS CEGUERA BILATERAL E HPOACUSIA BILATERAL DE 4 AÑOS DE EVOLUCION NIEGA ALERGIAS, NIEGA APQ. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD DERIVADA DE MEDICINA GENERAL DE OTRA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑIA DE FAMILIAR (ESPOSO) POR REFERIR CUADRO CLINICO DE 4 AÑOS DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR CEGUERA BILATERAL CON PERDIDA DE AGUDEZA VISUAL ACOMPAÑADA DE VISION BORROSA POR LAS NOCHES MAS PREDOMINANTE DE CAMPO VISUAL LADO DERECHO E HIPOACUSIA BILATERAL DE INICIO SUBITO SIN CAUSA APARENTE, AL EXAMEN FISICO OJOS CON LUZ DIRECTA SE APRECIA OPACIDAD DE CRISTALINO DE COLOR GRIS, CONDUCTOS AUDITIVOS NO SE VALORAN POR DETERIORO DE OTOSCOPIO. AL MOMENTO ASINTOMATICA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| NO |
|----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOACUSIA CONDUCTIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION | H902   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-28 | 12:19 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-28 | 12:19 | Medicina Familiar Y Comunitaria | STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO | 1310605587 |       |

