

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CORNEJO          | LARA             | JAIR NICOLAS | 20                  | 11  | 2002 | 22 años, 8 meses, 4 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1316473998        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CALLE PICHINCHA              | 096-971-4533         |
| 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                 | 1316473998      | 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     | <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

PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD. APP NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APF PAPA SORDERA. TIOS PATERNOS DM2 Y HTA. ACUDE EL DIA DE HOY POR PRESENTAR PERDIDA DE AUDICION HACE 4 AÑOS,LA CUAL HA IDO PROGRESANDO MES A MES, ADEMÁS DE DIFICULTAD PARA OIR SONIDOS, ESPECIALMENTE PARA MANTENER UNA CONVERSACION O EN AMBIENTES RUIDOSOS, DIFICULTAD PARA DIFERENCIAR SONIDOS AGUDOS Y GRAVES, ACOMPAÑADO DE ZUMBIDOS, TINNITUS EN AMBOS OIDOS + ALTERACION DEL EQUILIBRIO. SE ATIENDE PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO PERSONA Y ESPACIO. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DISMINUCION MARCADA DE LA AUDICION EN AMBOS OIDOS, AL EXAMEN OTOLOGICO NO SE EVIDENCIA DAÑOS A NIVEL DEL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO Y OIDO MEDIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SIN OTRA ESPECIFICACION | H905   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-07-24 | 15:28 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |

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 | 15:28 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |

