

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CANO	CARDENAS	ZADIRA ANYELINA	27	05	2012	14 años, 0 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317001335	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	096-792-0904 /
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	1317001335	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	06	15
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

MUJER DE 14 AÑOS SIN APP DE IMPORTANCIA APQ NIEGA ALERGIA APF ABUELA Y TIOS PATERNOS CON DM 2 ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE DERIVADA DE MEDICINA GENERAL POR CUADRO DE OTALGIA Y OTITIS AGUDA BILATERAL CON PREDOMINIO OIDO DERECHO DE 3 MESES DE EVOLUCION, MADRE REFIERE USO TRATAMIENTO VIA ORAL Y OTICO E INTRAMUSCULAR DESDE HACE 2 MESES (USO DE CIPROFLOXACINA OTICA , AMOXICILINA MAS CLAVULANICO) OTOZAMBOM, Y CLARITOMINICINA , ANALGESICOS VO E IM SIN MEJORIA DE CUADRO, REFIERE DOLOR EVA DE 8/10 NIEGA SECRECIONES NIEGA, NIEGA DISMINUCION DE AUDICION, AL EXAMEN FISICO; OIDO DERECHO; DOLOR A LA INPECCION CONDUCTO AUDITIVO EDEMATIZADO NO SE VISUALIZA MENBRANA TIMPANICA. OIDO IZQUIERDO; NO DOLOR SE VISUALIZA MEBRANA TIMPANICA SIN ALTERACION AL MOMENTO CON PERSISTENCIA DE OTALGIA OIDO DERECHO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTITIS EXTERNA, SIN OTRA ESPECIFICACION	H609		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	11:19	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
2026-06-15	11:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	