

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| CEDEÑO           | ZAMBRANO         | ANTHONY ALEJANDRO | 07                  | 03  | 2006 | 19 años, 11 meses, 23 días | Hombre  |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317085643        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | AGUA POTABLE y               | 098-006-8944 /       |
| 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                 | 1317085643      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología |  | 2026  | 03  | 02  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad         |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

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

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD CON APP EPILEPSIA TRATADA CON ACIDO VALPROICO 500MG QD. QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE AÑOS DE EVOLUCIÓN RECURRENTE CARACTERIZADO POR OTALGIA EN OÍDO DERECHO DE INTENSIDAD 8/10, ASOCIADA A OTORREA PURULENTO AMARILLO-VERDOSA, ABUNDANTE Y FÉTIDA. REFIERE TINNITUS Y CEFALEA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO CON SECRECIÓN PURULENTO DE MAL OLOR; MEMBRANA TIMPÁNICA NO VISIBLE; SIN SIGNOS CLÍNICOS DE MASTOIDITIS. SE REFIERE A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|   |
|---|
| . |
|---|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------------|--------|-----|-----|
| OTRAS OTITIS MEDIAS CRONICAS SUPURATIVAS | H663   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-02 | 11:50 | Medicina Rural | NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO | 1315568772 |       |

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 clínico

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-02 | 11:50 | Medicina Rural | NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO | 1315568772 |       |