

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	VALENCIA	SCARLET ESTEFANIA	18	03	2007	19 años, 2 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317483780	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LOS POSOS y LOS POSOS	096-912-3338 /
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	1317483780	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	05	28
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 clinico

PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD ACUDE ACOMPAÑADA DE SU MADRE CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD AUDITIVA 36% CON PRESUNTO RETRASO MENTAL LEVE , REFIERE QUE A LA EDAD DE 1 AÑO PACIENTE NO ESCUCHABA PRESENTO RETROCESO EN SU LENGUAJE, EN LA ACTUALIDAD PACIENTE SE LE TIENE QUE HABLAR CON TONO ELEVADO PARA QUE ESCUCHE Y REPETIR VARIAS VECES LAS ORACIONES, DESARROLLÓ HABILIDAD DE LEER LOS LABIOS, LENGUAJE POCO FLUIDO, REFIERE DESEA RECALIFICARSE POR LO QUE SE LE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPOACUSIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H903		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	13:41	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

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
2026-05-28	13:41	Medicina General	CINTHYA GEOMARA MENDOZA SOZA	1309733671	

