

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	CUSME	KEILA ANNABELLY	20	04	2012	14 años, 2 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350364111	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA BEJUCO HACHA y	098-319-3315 /
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	1350364111	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	06	23
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

PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD AUDITIVA DEL 57% DETECTADA DESDE EL NACIMIENTO, HIPOACUSIA BILATERAL USUARIA DE AUDÍFONOS, HIPERTROFIA AMIGDALINA Y TRASTORNO ESPECÍFICO DE LA PRONUNCIACIÓN. ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU ABUELA, QUIEN REFIERE QUE LA PACIENTE NO HA RECIBIDO VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DESDE HACE MÁS DE DOS AÑOS. COMO MOTIVO DE CONSULTA ACTUAL, MENCIONA DISMINUCIÓN PROGRESIVA DE LA CAPACIDAD AUDITIVA EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS, EVIDENCIADA POR MAYOR DIFICULTAD PARA ESCUCHAR Y COMPRENDER EL LENGUAJE HABLADO, INCLUSO CON EL USO HABITUAL DE AUDÍFONOS. DEBIDO A SUS ANTECEDENTES Y AL APARENTE DETERIORO DE LA AUDICIÓN, RE REALIZA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL, ACTUALIZACIÓN DEL ESTADO AUDITIVO Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA TERAPEÚTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	08:17	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 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
2026-06-23	08:17	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

