

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
PARRALES		QUIJIJE		KEYLA SABRINA		11	10	2010	13	H
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO			
ECUATORIANA	ECUADOR	1350851604	MANABI	ONTECRIS	LOS BAJOS	LOS BAJOS DE LA PALMA		0967385310 (MAMÁ - 0978732022 (PAPÁ)		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR		

II. REFERENCIA:1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1350851604	CENTRO DE SALUD CHONE		C	13D07		
REFIERE O DERIVA A:					FECHA		
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA	29	8	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive

Ausencia temporal del profesional

Falta de profesional

1 ☐

2 ☐

3 ☒

Saturación de capacidad instalada

Otros/ Especifique

4 ☐

5 ☒

EN PROCESO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE MAMÁ QUIEN REFIERE QUE DESDE TEMPRANA EDAD (2 AÑOS APROXIMADAMENTE) NO RESPONDE A LOS LLAMADOS POR LO QUE TENÍAN QUE SUBIR ELEVAR EL TONO DE LA VOZ PARA POR CUESTIÓN DE PANDEMIA NO CONTINUO, EL DÍA DE HOY ACUDE CON ANEXO 2 EMITIDO POR PEDIATRÍA Y ADEMAS TRAE RESULTADOS DE AUDIOMETRIA (PARTICULARES) - SE EXPLICA PROCESO DE VALORACIÓN Y CALIFICACIÓN Y LOS REQUERIMIENTOS Y SE HARÁ REFERENCIA PARA OTORRINOLARINGOLOGIA

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1 HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H906	X	
2			
3			

NOMBRE DEL PROFESIONAL: DR. RENATO LEONES CÓDIGO MSP 1737 FIRMA

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA		
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA		
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD	DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

--	--	--	--

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

--	--	--	--

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

--	--	--	--

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA