

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAMIL	CASTILLO	KEVIN FERNANDO	05	03	2000	25 años, 9 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350929418	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	30 DE MARZO y MARIA AUXILIADORA	098-691-2190 /
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	1350929418	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	12	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 MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD, CON HISTORIAL DE POLITRAUMATISMO HACE 2 AÑOS, QUE REQUIRIÓ CIRUGÍA MAXILOFACIAL POR FRACTURA EN LA ZONA FRONTAL Y MANDIBULAR. HA MANTENIDO CONTROL OTORRINOLÓGICO DEBIDO A LA PÉRDIDA DE OLFATO Y GUSTO. ACTUALMENTE, EL PACIENTE MANIFIESTA PÉRDIDA DE AUDICIÓN PROGRESIVA EN OÍDO IZQUIERDO ACOMPAÑADO DE ZUMBIDO PERSISTENTE, SIN REFERIR DOLOR O VERTIGO. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA CICATRIZACIÓN ADECUADA EN LA ZONA FRONTAL Y MANDIBULAR, NO HAY SIGNOS DE INFECCIÓN, PERO SE DETECTA HIPOACUSIA EN OÍDO IZQUIERDO, CON REFLEJOS AUDITIVOS NO REACTIVOS EN EL MISMO LADO. NO SE OBSERVAN ALTERACIONES EN EL RESTO DE LOS SISTEMAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, UNILATERAL CON AUDICION IRRESTRICTA CONTRALATERAL	H907		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-23	11:41	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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