

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	ALEJANDRO	ANDREA JOHANNA	02	05	2001	25 años, 1 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351264039	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE 306 AVE 235 y	093-905-5409 /
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	1351264039	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	08	
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

USUARIA QUE ACUDE SOLA, REFIERE QUE DESDE HACE 1 AÑO PRESENTA HIPOACUSIA BILATERAL, FUE EVALUADA EN HOSPITAL IESS MANTA POR OTORRINOLARINGOLOGÍA QUIEN ENVIA A REALIZAR ESTUDIO DE AUDIOMETRIA FUERA DE LA INSTITUCIÓN (SEGUN MENCIONA USUARIA LE MANIFESTO QUE LOS EQUIPO DE AUDIOMETRÍA ESTAN AVERIADOS) POR LO QUE SE LO REALIZO EN GAES MANTA, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 EMITIDO POR ESPECIALISTA DR RICARDO ELICIO MENDOZA M. SE LE EXPLICA A LA USUARIA QUE EL RESULTADO DE AUDIOMETRÍA NO SE LO PUEDE ACEPTAR POR TRATARSE DE UN DOCUMENTO RMITIDO EN INSTITUCIÓN PRIVADA, POR LO QUE SE HARA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AUDIOMETRIA PRIVADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H906		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-08	10:10	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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
2026-06-08	10:10	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	