

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	EVANIC KATHALEYA	11	09	2016	9 años, 9 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352435745	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	TIGRE 2 y	098-642-2489 /
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	1352435745	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA	HOSPITAL BASICO	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	29
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

ESCOLAR FEMENINA DE 8 AÑOS DE EDAD CON APP DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 85% + SÍNDROME DE TOURETTE QUIEN REFIERE QUE DURANTE LOS ULTIMO MESES SE EVIDENCIA POCA RESPUESTA A LOS ESTIMULOS SONOROS Y GRITA EN LUGAR DE HABLAR DE FORMA REGULAR SE RELIZA ESTUDIOS OTOSCOPIA CAR LIBRE CON MEBRANAS INTEGRAS ,OD HIPOACUSIA MISXTA GRADO LEVE Y OI SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA FUNCIONAL CON DESCENSO LEVE EN FRECUENCIA AGUDAS DE 2HKZ A 8 HKZ

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

POTENCIONES EVOCADOSDESCENSO LEVE EN FRECUENCIA AGUDAS DE 2HKZ A 8 HKZ

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
2026-06-29	15:47	Pediatría	JULISSA MARILYN PICO ANCHUNDIA	1313745398	

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
2026-06-29	15:47	Pediatría	JULISSA MARILYN PICO ANCHUNDIA	1313745398	