

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOJA	CEDEÑO	HEILY SARAHY	27	08	2017	8 años, 6 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352681165	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y	096-894-0059 /
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	1352681165	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	03	03
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 CON HISTORIAL DE DAÑO EN TIMPANO HACE 2 AÑOS POR PERFORACION CON OBJETO PUNZANTE. DESDE AHI HA VENIDO PRESENTANDO UNA SERIE DE INFECCIONES OTICAS. ACTUALMENTE SE ENCUENTRA CON SECRECION SUPURATIVA MAL OLIENTE Y EXCESO DE CERA EN OIDO DERECHO. INDICA QUE DESPUES DE CUADROS RESPIRATORIOS SIEMPRE PERMANECE CON DOLOR Y MOLESTIA. INDICA QUE NO SE HA BAÑADO EN RIOS, PISCINAS NI MAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SECRECION SEROSA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PERFORACION DE LA MEMBRANA TIMPANICA, SIN OTRA ESPECIFICACION	H729	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-03	15:21	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-03-03	15:21	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	