

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	ZAMBRANO	YIRELI YURIBETH	20	09	2017	8 años, 8 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352700221	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SABANA NUEVA y	099-525-8169 /
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	1352700221	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	15
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

ESCOLARA DE 8 AÑOS QUE ES TRAÍDA POR MAMÁ QUIEN COMENTA QUE DESDE TEMPRANA EDAD TIENE PROBELMAS DE AUDICIÓN Y LENGUAJE, SIN EMBARGO DURANTE LA CONSULTA SE EVIDENCIA HIPERACTIVIDAD, SE SALE DE LA CONSULTA, SE RIE SIN CAUSA APARENTE, TAMBIEN MENCIONA QUE EL APRENDISAJE ES ALGO MÁS "LENTO" EN RELACIÓN A LOS DEMAS NIÑOS DEL GRUPO DE ESTUDIANTES, NO CONTROL DE ES FINTER VESICAL DURANTE LA NOCHE POR LO QUE DEBE UTILIZAR PAÑALES, MAMÁ TRAE RESULTADOS POTENCIALES EVOCADOS REALIZADOS EN HOSPITAL DR. ROBERTO GILBERTH E. EN EL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2025 EN EL CUAL SE REPORTA: COFOSIS BILATERAL, TIENE AUDIFONO EN PABELLON AURICULAR DERECHO, SE EXPLICA A MAMÁ ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN Y SE HARA REFERNCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA ADEMAS DE INTERCONSULTA CON PSICOLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

POTENCIALES EVOCADOS: COFOSIS BILATERAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-15	08:39	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
2026-06-15	08:39	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

