

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUCAS	ORTIZ	INLLY VALESKA	26	11	2018	6 años, 4 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353014424	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y 11 AGOSTO	099-730-0064 /
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	1353014424	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	03	31
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

NIÑA DE 6 AÑOS 4 MESES DE EDAD ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE QUIEN SOLICITA REFERENCIA A PEDIATRIA PARA CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO CON OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIATRICA POR RESULTADO DE EXAMEN AUDIOLOGICO QUE INDICA QUE NO PASA, NO HAY RESPUESTA EN COCLEA Y CELULAS CILIADAS BILATERAL, MADRE INDICA QUE SOLO RESPONDE A SEÑAS POR LO QUE SE SIENTE SU DEFICIT INTELECTUAL, PACIENTE YA HA MANTENIDO TERAPIA DE LENGUAJE SIN MEJORIA ALGUNA. AL MOMENTO NIÑA ACTIVA REACTIVA SOLO A ESTIMULOS, A FEBRIL A LA CONSULTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN AUDIOLOGICO (2022) QUE INDICA QUE NO PASA, NO HAY RESPUESTA EN COCLEA Y CELULAS CILIADAS BILATERAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H903		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-31	15:11	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 clínico

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
2025-03-31	15:11	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	