

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	FLECHER	LUIS FABBIANO	13	01	2019	6 años, 0 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353047705	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	WHASINTONG y	099-109-6439 /
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	1353047705	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	02	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 6 AÑOS APP: ASMA, AUTISMO SE DX A LOS 4 AÑOS, MADRE REFIERE ESTAR EN SEGUIMIENTO CON TERAPIA DEL LENGUAJE Y PSICOLOGÍA . HIPOACUSIA. ACUDE CON MADRE, QUIEN REFIERE PACIENTE PRESENTA HIPOACUSIA, MADRE TRAE INFORME DE 22/01/2024 DE OTORRINOLARINGOLO, EN EL CUAL REPORTA: HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MEDIA DERECHA, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL MODERADA IZQUIERDA, TAMBIEN ACUDE CON TAMIZAJE AUDITIVO DEL MSP DEL 13/01/2023 EL CUAL REPORTA HIPOACUSIA. NIEGA SINTOMATOLOGÍA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA LA PRESENCIA DE APARATO AUDITIVO EN AMBOS OIDOS. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, REACTIVO, ACTIVO, SIN NINGÚN SINTOMA APARENTE. COLABORA CON INTERROGATORIO, RESPONDE VERBALMENTE TODAS LAS PREGUNTAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL. NUMERO: 0991096439 / 0993882186

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	15:17	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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/Área		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
2025-02-07	15:17	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	