

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| PALACIOS         | ZAMBRANO         | ITHAN ALEXIS | 13                  | 02  | 2020 | 5 años, 1 meses, 18 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353327818        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CALLE BOLIVAR y              | 098-941-8928 / (09)-894-1892 |
| 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                 | 1353327818                               | 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           | 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

☐

OTITIS A  
REPETICIÓN.

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON NUEVO CUADRO DE OTALGIA Y OTORREA, REFIERE MAMÀ Q PRESENTA HASTA 3 EPISODIOS POR AÑO DURANTE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS. +593 98 125 7887 (JOHANNA PALACIOS)

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                   |  | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------|--|--------|-----|-----|
| OTITIS MEDIA TUBOTIMPANICA SUPURATIVA CRONICA |  | H661   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-03-31 | 14:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| 2025-03-31 | 14:44 | Medicina Familiar Y Comunitaria | IRVING ISRAEL BUITRON NIETO | 1009-14-1292330 |       |

