

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BUITRON	TOBAR	AUDA CLEYDE	12	09	1956	68 años, 4 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1500145394	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	AV ELOY ALFARO y	098-341-4857 /
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	1500145394	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	01	21	
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 FEMENINA DE 68 AÑOS DIABETICA E HIPERTENSA LA CUAL REFIERE QUE DESDE QUE SUFRIO ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR A DISMINUIDO SU CAPACIDAD AUDITIVA, SOBRE TODO DEL OIDO DERECHO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTE EX LAB

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA CONDUCTIVA BILATERAL	H900		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-21	11:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2025-01-21	11:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	