

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	
MARTINEZ		ALVARADO		GABRIELA PAULINA		29	3	1969	55	H
						DIA	MES	AÑO	D-M-A	H/M
NACIONALIDAD	PAIS	CEDULA DE CIUDADANIA O PASAPORTE	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		DIRECCION DOMICILIO		Nº TELEFONICO			
ECUATORIANA	ECUADOR	1500434392	MANABI	NTO DOM	SANTO DOMINGO	AVDA. CHONE		0987181941 (ESPOSO DE PRIMA)		
VER INSTRUCTIVO	DESCRIBIR PAIS	CEDULA DIEZ DIGITOS	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL O SECUNDARIA		CONVENCIONAL/CELULAR		

II. REFERENCIA:1 ☒ DERIVACION: 2 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA			
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA	1500434392	CENTRO DE SALUD CHONE		C	13D07			
REFIERE O DERIVA A:					FECHA			
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA		27	11	2024
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES	AÑO

2. MOTIVO DE LA REFERENCIA O DERIVACIÓN

Limitada capacidad resolutive	1 ☐	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesional	2 ☐	Otros/ Especifique	5 ☒
Falta de profesional	3 ☒	EN PROCESO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD	

3. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

USUARIA QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (PRIMA), USUARIA REFIERE QUE DESDE HACE VARIOS AÑOS (2018) PRESENTA DIFICULTAD AUDITIVA, HA REALIZADO ATENCIÓN MÉDICA SIN HABER REALIZADO ESTUDIO DE AUDIOMETRIA - APP: CA DE TOROIDES EN TRATAMIENTO

4. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1 HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, BILATERAL	H906	X	
2			
3			

NOMBRE DEL PROFESIONAL: DR. RENATO LEONES CÓDIGO MSP 1737 FIRMA

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA 4 ☐

1. DATOS INSTITUCIONALES

ENTIDAD DEL SISTEMA	HIST. CLINIC Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPO	DISTRITO/AREA			
CONTRAREFIERE O REFERENCIA A:					FECHA			
ENTIDAD DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	ESPECIALIDAD		DIA	MES	AÑO

2. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

3. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

4. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

5. DIAGNOSTICO

	CIE-10	PRE	DEF
1			
2			

6. TRATAMIENTOS RECOMENDADOS A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE MENOR NIVEL DE COMPLEJIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL ESPECIALISTA: CODIGO MSP FIRMA

7. REFERENCIA JUSTIFICADA