

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	VERA	TACIO FRANKLIN	29	06	1947	78 años, 10 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1701816298	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA ELOY ALFARAO y CDLA KENEDDY	098-415-3766 /
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	1701816298	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	04	29
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 DE 78 AÑOS REFIERE ANTECEDENTES PERSONALES DE VERTIGO CONTROLADA, NI FAMILIARES ; QUE ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EN OIDO IZQUIERDO DESDE HACE 3 DÍAS POR LO CUAL A TOMADO INDICA APLICARSE OTODINE EN GOTAS Y NO RECUERDA MEDICACIÓN QUE A TOMADO CON LO CUAL A CEDIDO UN POCO EL CUADRO CLINICO, INDICA ASISTIR A NATACIÓN CON EL USO DE TAPONE, LO CUAL LA SUSPENCIÓN POR EL CUADRO CLICNIO. AL MOMENTO AFEBRIL, CON LEVE DOLOR DE OIDO, EN CONDICIONES ESTABLES . AL EXAMEN FISICO: OIDO DERECHO MEMBRANA NORMAL, IZQUIERDO CON LIGERA INFLAMACIÓN DEL CONDUCTO AUDITIVO Y CON LEVE DOLOR AL EXAMEN FISICO; SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL OIDO INTERNO	H838	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-29	08:15	Medicina General	JOHANNA ELIZABETH CHINGA BAZURTO	1311700288	

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