

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUZURIAGA	MEDINA	LUCILA PIEDAD	30	03	1940	85 años, 8 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1703372407	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	WUASINTONG y VARGAS TORRES	099-450-4098 /
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	1703372407	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	12	12
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

ADULTA MAYOR QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE AMIGA, USUARIA REFIERE QUE EN EL AÑO 2020 POSTERIOR A VACUNA PARA COVID 19 EMPEZO A TENER PROBLEMAS DE SALUD, REFIERE QUE SUFRIÓ DE HERPEZ EL MISMO QUE SEGUN MENCIONA AFECTO AMBOS GLOBOS OCULARES, REALIZO VISITA A MEDICO ESPECIALISTA (OFTALMOLOGO) QUIEN LUEGO DE REALIZAR ANÁLISIS Y EXAMENES COMPLEMENTARIO LES COMUNICA QUE EXISTE INFECCIÓN GRAVE EN AMBOS GLOBOS OCULARES Y SE DECIDIÓ ENUCELACIÓN DE AMBOS GLOBOS OCULARES, REFIERE ADEMAS DIFICULTAD AUDITIVA PARA LO CUAL SE REALIZO ATENCIÓN MÉDICA PARTICULAR QUIEN ENVÍA A REALIZAR AUDIOMETRÍA DONDE SEGUN MENCIONAN SE DETERMINA PATOLOGÍA AUDITIVA CON NECESIDAD DE UTILIZAR AUDÍFONOS EN AMBOS OÍDOS, EL DÍA DE HOY NO TRAEN ANEXO DE LO CORRESPONDIENTE A EL ÁMBITO AUDITIVO POR LO QUE SE REALIZARA REFERENCIA PARA LA ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-12	10:35	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaE

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
2025-12-12	10:35	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

