

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |                   |                     |               |               |                                         |                      |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|-----------------------------------------|----------------------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |               |               | Edad                                    | Sexo                 |
| DELGADO          | ESMERALDAS       | MARIA ISABEL      | 21                  | 05            | 1988          | 37 años, 3 meses, 7 días                | Mujer                |
|                  |                  |                   | día                 | mes           | año           | a-m-d                                   | 1=H 2=M              |
| Nacionalidad     | País             | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                               | No Telefónico        |
| ECUATORIANO/A    | ECUADOR          | 1723869515        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | CIUDADELA SAN JOSE y CIUDADELA SAN JOSE | 099-335-6742 /       |
| Ver instructivo  | Describir País   | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria            | Convencional/Celular |

## II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

### 1. Datos Institucionales

|                     |                                          |                                            |                      |                |
|---------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|----------------|
| Entidad del Sistema | His. Clínica No.                         | Establecimiento de salud                   | Tipo                 | Distrito/Área  |
| MSP                 | 1723869515                               | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO      | 13D07 / ZONA 4 |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                                            |                      |                |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa                           | Otorrinolaringología | 2025 08 28     |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio                                   | Especialidad         | día mes año    |

### 2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/>            | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                |                          |

### 3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE ACUDE REFIRIENDO DOLOR EN AMBOS OIDOS A PREDOMINIO DEL DERECHO DE UN AÑO DE EVOLUCION, REFIERE QUE SE HA TRATADO CON MULTIPLES ANTIBIOTICOS Y GOTAS SIN MEJORIA CLINICA POR LO QUE SE REFIERE CON OTORRINOLARINGOLOGIA

### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INDICADOS

### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------|--------|-----|-----|
| OTITIS MEDIA CRÓNICA SEROSA | H652   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA                                                                               |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-08-28 | 09:01 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |  |

### III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

#### 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | Hist. Clínica 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 clínico

#### 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 |
|------------|-------|---------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-28 | 09:01 | Medicina Familiar Y Comunitaria | DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS | 1759076258 |       |