

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
KUFFO	CEVALLOS	RENATA JULIETH	10	07	2009	16 años, 8 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1750815092	MANABI	CHONE	RICAURTE	PASAJE SUAREZ y PRINCIPAL	099-404-0116 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1750815092	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	04	08
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

ADOLESCENTE CON ANTECEDENTES DE HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL PROFUNDA DERECHA DIAGNOSTICADA EN EL AÑO 2021. NACID APOR PARTO POR CESAREA DEBIDO A DISTOCIA DE PRESENTACION A LAS 38 SEMANAS DE GESTACION APROXIMADAMENTE MADRE INDICA QUE DURANTE EL EMBARAZO SE REALIZO APROXIMADAMENTE 5 CNTRILES CON VACUNAS COMPLETAS DURANTE EL EMBARAZO INDICA EU AL NACIMIENTO PRESENTO PESO Y TALLA ADECUADAS PARA LA EDAD GESTACIONAL. MADRE INDICA DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO DURANTE SU DESARROLLO SIN EMBARGO AL REDEDOR DE LOS 6 AÑOS INDICO A SU MADRE QUE NO ESCUCHABA POR LO CUAL INCIION CON LAS CONSULTYTAS MEDICAS. ACUDIO AL RPBERTO GILBETRH DONDE LE REALIZARON EXAMENS PERO NO LE ENTREGARON RESULTADOS. ACTUALEMTE LE REALIZARON AUDMETRIA DONDE REPORTA HIPOACUSIA AUDITIVA GRAVE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

30/03/2026 AUDIOMETRIA OIDO DERECHO PERDIDA AUDITIVA GRAVE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA, NO ESPECIFICADA	H919		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-08	09:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2026-04-08	09:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

