

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARVAJAL	JAYA	GLORIA AMERICA	08	11	1971	54 años, 6 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2000027801	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN FRANCISCO y	099-722-4935 /
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	2000027801	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	05	27
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 FEMENINA DE 54 AÑOS DE EDAD, APP: HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO , LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (TRATADO CON METOTREXATO), HIPOTIROIDISMO (TRATADO CON LEVOTIROXINA), ARTRITIS, ARTROSIS. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR HIPOACUSIA DE OIDO IZQUIERDO, OTITIS FUNGICA Y LEVE OTALGIA, DE APROXIMADAMENTE 17 DIAS DE EVOLUCION, TRATADO PARTICULARMENTE CON FLUCONAZOL ORAL, CLOTRIMAZOL TOPICO, ZALDIAR Y CIPROVAL GOTAS OTICAS, MENCIONA LEVE MEJORIA. REFIERE ALIMENTARSE ADECUADAMENTE, REALIZA NECESIDADES FISIOLOGICAS SIN DIFICULTADES. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO. AL MOMENTO REFIERE HIPOACUSIA DE OIDO IZQUIERDO, NIEGA OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPOACUSIA DE OIDO IZQUIERDO, OTITIS FUNGICA Y LEVE OTALGIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	12:18	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-05-27	12:18	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

