

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SEGARRA	GAVILANEZ	JEISON ALEXANDER	03	08	2007	18 años, 10 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2150248553	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA LLURIMAGUA y 2DA LINEA	099-939-1670 /
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	2150248553	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE AMPUTACIÓN PARCIAL DE LOS DEDOS 2DO AL 5TO DEL PIE DERECHO POR TRAUMATISMO CON GUADAÑA (2025), PERFORACIÓN TIMPÁNICA DE OÍDO IZQUIERDO POR MASTOIDITIS EN EL 2020, EL CUAL IBA A SER TRATADO QUIRURGICAMENTE, PERO POR LA PANDEMIA SE SUSPENDIÓ, EN LA ACTUALIDAD MANTIENE HIPOACUSIA Y OTORREA A REPETICIÓN, SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA. ***0999391670 - 0959198548 ****

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPOACUSIA, IMPRESIONA PERFORACIÓN TIMPÁNICA DEL OÍDO IZQUIERDO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PERFORACION DE LA MEMBRANA TIMPANICA, SIN OTRA ESPECIFICACION	H729		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	14:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-17	14:03	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	