

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	RODRIGUEZ	AMI GEOVANNA	09	11	2009	15 años, 4 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2450396920	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CANUTO y	096-800-1962 /
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	2450396920	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	03	17
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

MUJER DE 15 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, ALERGIAS : NO REFIERE, APQX: NO REFIERE QUE ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR REFERIR CUADRO CLÍNICO DE HIPOACUSIA DE LARGA DATA POR LO QUE HA ACUDIDO A FONOAUDIOLOGOS SIN EMBARGO SIN MEJORIA DE CUADRO , AL EXAMEN FISICO: ODIOS CON OTOSCOPIO SE APRECIA INFLAMACION DE CONDUCTOS MEBRANA TIMPANICA BILATERAL INTEGRAS , HOY ASINTOMATICA NIEGA HIPOACUSIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA DE OIDO REALIZADA EL 05/02/2025 QUE REPORTA: OPACIDAD QUE COMPROMETE DE FORMA BILATERAL LA TOTALIDAD DE LAS CELDILLAS MASTOIDEAS Y OIDO MEDIO IZQUIERDO Y DE FORMA PARCIAL EL OIDO MEDIO DERECHO, OTOMASTOIDITIS BILATERAL + SINUSITIS ESFENOIDAL EN LA TABICACIÓN IZQUIERDA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MASTOIDITIS CRONICA	H701		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2025-03-17	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	