



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		001414	Centro De Salud Tipo C Tosagua		CS-C	1311357162					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
Mero		Espinoza		Julieta		Yaneth		M	06-11-1982	42	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN					
0960987911				X		MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.					
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.					
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X	
13		1315		131550		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
						5. Problemas de infraestructura.					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		Hospital General Napoleon Davila Cordova		Consulta Externa		Otorrinolaringologia	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO			
PACIENTE DE 42 AÑOS CON APP DE DE HTA CONTROLADA CON LOSARTAN 50MG DIA MAS AMLODIPINO 5MG DIA- ACUDE POR PRESENTAR CONGESTIÓN NASAL DE MAS DE 4 SEMANAS DE EVOLUCIÓNPRESENTA ANTECEDENTES DE RINITIS ALÉRGICA- PÓLIPOS NASALES POR LO QUE HA ESTADO BAJO TRATAMIENTO CON CORTICOIDES INHALADOS PERO NO SURGEN EFECTOS MENCIONA PACIENTEQUE PRESENTA EPISTAXIS A REPETICIÓN Y DE DERMATITIS ATOPICA			

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			
PACIENTE DE 42 AÑOS CON APP DE DE HTA CONTROLADA CON LOSARTAN 50MG DIA MAS AMLODIPINO 5MG DIA- ACUDE POR PRESENTAR CONGESTIÓN NASAL DE MAS DE 4 SEMANAS DE EVOLUCIÓNPRESENTA ANTECEDENTES DE RINITIS ALÉRGICA- PÓLIPOS NASALES POR LO QUE HA ESTADO BAJO TRATAMIENTO CON CORTICOIDES INHALADOS PERO NO SURGEN EFECTOS MENCIONA PACIENTEQUE PRESENTA EPISTAXIS A REPETICIÓN Y DE DERMATITIS ATOPICA			

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Polipo Nasal No Especificado		J339	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-07	04:03	Karen		Lopera	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310488075					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
			//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	