



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	Canuto	CS	1729370294								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Salazar	Hidalgo	Carlos	Adrian	H	22-08-2008	16	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
099-897-5864		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive						X
13	1303	130352	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 ADOLESCENTE DE MACULINO AÑOS DE EDAD ACUDE A CONS ULTA PARA CONTROL DE ADOLESCENTE SANO EN COMPAÑÍADE S U MADRE (CARMEN HIDALGO). RESIDE EN MOCORAL EN COMPAÑÍA DE S US PADRES Y S US HERMANOS- FAMILIA FUNCIONAL.ESTUDIA 3RO BACHILLERATO DEL COLEGIO 13 DE OCTUBRE- MENCIONA QUE REALIZA ACTIVIDADES GRUPALES- NO CONS UMO DEDROGAS NI ALCOHOL- NO SE DETECTA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA- MENCIONA QUE SE CONSIDERA ACEPTADO.ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTESQUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALERGICOS: NO REFIERE. PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO CRONICO DE DIFICULTADRESPIRATORIA. REFIERE QUE HA BAJADO DE PESO. NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA- DIGESTIVA- URINARIA O NEUROLÓGICA. SEREALIZA VALORACIÓN INTEGRAL EN LA CUAL SE EVIDENCIA PACIENTE ACTIVO- ALERTA-COOPERADOR- ORIENTADO EN TIEMPO- ESPACIOY PERSONA- CON APARIENCIA GENERAL ADECUADA PARA LA EDAD- NORMOPESO- NORMOTENSO- BIEN HIDRATADO- NORMOCOLORADO-AFEBRIL. EN EL EXAMEN FÍSICO: TÓRAX SIMÉTRICO- MURMULLO VESICULAR CONSERVADO- RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS Y SINSOPLOS- ABDOMEN BLANDO- NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN- SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. EXTREMIDADES ÍNTEGRAS-SIMÉTRICAS- SIN LIMITACIÓN FUNCIONAL. DESARROLLO PUBERAL ACORDE A LA EDAD SEGÚN TANNER. HIGIENE PERSONALADECUADA. SIN SIGNOS DE INFECCIÓN CUTÁNEA NI LESIONES SOSPECHOSAS. ESTADO EMOCIONAL APARENTA SER ESTABLE- SINALTERACIONES DE LA CONDUCTA NI SIGNOS DE DEPRESIÓN. TAMIZAJE DE SALUD MENTAL Y DE VIOLENCIA: NEGATIVOS. ESQUEMA DEVACUNACIÓN COMPLETO SEGÚN EDAD. SE BRINDA CONSEJERÍA EDUCATIVA SOBRE HáBITOS SALUDABLES- NUTRICIÓN- ACTIVIDADFÍSICA- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA- PREVENCIÓN DE CONS UMO DE S USTANCIAS PSICOACTIVAS Y PROMOCIÓN DE LA SALUDMENTAL. PACIENTE TRAE CONSIGO RX EN DONDE SE OBSERVA POSIBLE HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES. SE SOLICITAREFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOFIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX EN FISICO

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hipertrofia De Los Cornetes Nasales	J343	X		4.		
2.					5.		
3.					6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-07-10	11:26	Diana	Delgado	Rodriguez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1351725732				

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	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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	