



| 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                              | San Pedro De Atascoso    |                                     | CS-A                             | 1350911226                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| PRIMER APELLIDO                                             |                                                         | SEGUNDO APELLIDO                    |                          | PRIMER NOMBRE                       |                                  | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| Rosado                                                      |                                                         | Cedeño                              |                          | Gabriela                            |                                  | Morelia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | M                 | 11-07-2003       | 22   | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H                        | D                               | M                        | A                        |                                    |                          |                          | X                                  |                                     |                          |                                                         |                          |
| H                                                           | D                                                       | M                                   | A                        |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     | X                        |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                                                         |                                     |                          | REFERENCIA                          |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| 0995035327                                                  |                                                         |                                     |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  | <table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td><input checked="" type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> |  |                   |                  |      |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | 6. Problemas de abastecimiento. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Insuficiencia de profesionales. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Inadecuada capacidad resolutive | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>                                    | 6. Problemas de abastecimiento.                         | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 7. Insuficiencia de profesionales.                      | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| <input type="checkbox"/>                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios | <input type="checkbox"/>            |                          |                                     |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                                                         |                                     |                          | 1. Accesibilidad geográfica.        |                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| PROVINCIA                                                   |                                                         | CANTÓN                              | PARROQUIA                |                                     | 2. Falta de espacio físico.      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
| 13                                                          |                                                         | 1303                                | 130302                   |                                     | 3. Falta de equipamiento.        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     |                          |                                     | 4. Equipos en mal estado.        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |                  |      |                                                                                                                |                          |                                 |                          |                          |                                    |                          |                          |                                    |                                     |                          |                                                         |                          |
|                                                             |                                                         |                                     |                          |                                     | 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 |  | Otorrinolaringología |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR Y MOLESTIA A NIVEL DE LA REGIÓN FRONTAL DE LA CABEZA- DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN- DE CARÁCTER OPRESIVO- ASOCIADO A SENSACIÓN DE PRESIÓN FACIAL. NIEGATRAUMA CRANEAL RECIENTE- PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA- ALTERACIONES VISUALES O NEUROLÓGICAS . REFIERE EPISODIOS PREVIOS SIMILARES . CUADRO CLÍNICO ORIENTA A PATOLOGÍA DE ORIGEN RINOSINUSAL. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN FRONTAL- CON SENSACIÓN DE PRESIÓN FACIAL. MUCOSAS AL CONGESTIVAS A LA RINOSCOPIA ANTERIOR- SIN SECRECIÓN PURULENTA EVIDENTE. RES TO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES . CUADRO CLÍNICO SUGIERE TIVO DE PATOLOGÍA RINOSINUSAL- COMPATIBLE CON SINUSITIS FRONTAL- QUE AMERITA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y DEFINICIÓN DE MANEJO TERAPÉUTICO. |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                         | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Sinusitis Frontal Aguda |                                    | J011 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                         |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                         |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-12-30                            | 10:40        | Jesus         |  | Braganza        | Alava            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1312255357                            |              |               |  |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |