



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	Ricaurte	CS-A	1314068022								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Moreira	Rivas	Joffre	Maximiliano	H	30-08-1996	29	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0991665127		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	130356	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	Otorrinolaringología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE MAS CULINO DE 29 AÑOS DE EDAD. APX: REFIERE CIRUGÍA EN TIBIA Y PERONÉ HACE 11 AÑOS . NIEGA OTROS ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA. ACUDE A CONSULTA POR PRES ENTAR DOLOR EN REGIÓN NAS AL Y DIFICULTAD PARA RES PIRAR POR FOSA NAS AL DERECHA. REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 8 DÍAS S UFRÍÓ TRAUMATIS MO NAS AL MIENTRAS JUGABA INDOR- RECIBIENDO UN CODAZO DIRECTO EN LA NARIZ. POS TERIOR AL EVENTO ACUDIÓ AL S ERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN- DONDE SE LE REALIZÓ RADIOGRAFÍA DE HUES OS NAS ALES - INDICÁNDOLE EN ES E MOMENTO QUE NO PRESENTABA FRACTURA NI DES VIACIÓN APARENTE. S IN EMBARGO- DES DE EL EVENTO TRAUMÁTICO PERSISTE CON DOLOR EN REGIÓN NASAL Y SENS ACIÓN DE OBS TRUCCIÓN RES PIRATORIA POR FOS A NAS AL DERECHA- LO QUE LE DIFICULTA LA RESPIRACIÓN NORMAL- MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A ESTA CONSULTA PARA VALORACIÓN. REFIERE QUE ACTUALMENTE SE ENCUENTRA TOMANDO DICLOFENACO PARA EL DOLOR CON ALIVIO PARCIAL. DEBIDO AL ANTECEDENTE DE TRAUMATIS MO NAS AL RECIENTE Y A LA PERS IS TENCIA DE DOLOR Y OBSTRUCCIÓN RES PIRATORIA POR FOS A NAS AL DERECHA- Y CONS IDERANDO LA LIMITADA CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL ESTABLECIMIENTO PARA REALIZAR VALORACIÓN ES PECIALIZADA DE CAVIDAD NASAL Y DESCARTAR POS IBLES LES IONES INTERNAS COMO DES VIACIÓN S EPTAL POS TRAUMÁTICA U OTRAS ALTERACIONES - SE REALIZA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA VALORACIÓN ES PECIALIZADA Y MANEJO CORRES PONDIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NARIZ CON LEVE DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN DE DORSO NASAL- SIN EVIDENCIA DE HERIDAS - DEFORMIDAD EVIDENTE NISANGRADO ACTIVO. SE EVIDENCIA DISMINUCIÓN DEL PASO DE AIRE POR FOSA NASAL DERECHA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Traumatismo Superficial De La Nariz		S003	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-30	11:03	Kimberly	Guerrero	Salto
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313050203				

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		