



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	Agua Fria		CS-A	1351300452																									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																				
Anchundia		Chavez		Cristhian		Ivan		H	01-11-2002	23	<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																									
0993501224				X		<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td><td></td><td></td></tr></table>						1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐	5. Problemas de infraestructura.	☐		
1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																												
2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																												
3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																												
4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																												
5. Problemas de infraestructura.	☐																														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																													
13	1301	130106																													

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 MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO DE OBSTRUCCIÓN NASAL CRÓNICAASOCIADO A HIPERTROFIA DE CORNETES Y EPISODIOS RECURRENTES DE SINUSITIS- CARACTERIZADOS POR CONGESTIÓN NASALPERSISTENTE- RINORREA- CEFALEA DE PREDOMINIO FACIAL Y SENSACIÓN DE PRESIÓN EN SENOS PARANASALES- CON EVOLUCIÓN TÓRPIDA Y SIN MEJORA CLÍNICA A PESAR DE MANEJO PREVIO CON ANTIHISTAMINICOS ORALES Y CORTICOIDES INTRANASALES ENSPRAY- MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA PARA REEVALUACIÓN. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA PACIENTE CONSCIENTE- ALERTA- ORIENTADO EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA- EN BUEN ESTADO GENERAL- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. CABEZA NORMOCÉFALA-SIN LESIONES. OJOS CON CONJUNTIVAS NORMOCOLOREADAS- ESCLERAS ANICTÉRICAS- PUPILAS ISOCÓRICAS Y FOTORREACTIVAS-MOVIMIENTOS OCULARES CONSERVADOS. OÍDOS CON CONDUCTOS AUDITIVOS PERMEABLES Y MEMBRANAS TIMPÁNICAS ÍNTEGRAS-SIN SIGNOS DE INFECCIÓN. NARIZ CON MUCOSA NASAL CONGESTIVA- HIPERTROFIA BILATERAL DE CORNETES INFERIORES-DISMINUCIÓN DE LA PERMEABILIDAD NASAL- RINORREA ESCASA DE ASPECTO MUCOSO- DOLOR LEVE A LA PALPACIÓN DE SENOSMAXILARES- SIN DEFORMIDADES EXTERNAS. CAVIDAD ORAL CON MUCOSAS HÚMEDAS- OROFARINGE SIN EXUDADOS NI HIPERTROFIAAMIGDALINA. CUELLO SIMÉTRICO- SIN ADENOPATÍAS PALPABLES- TRÁQUEA CENTRAL- SIN RIGIDEZ. TÓRAX SIMÉTRICO CON ADECUADA EXPANSIÓN; APARATO RESPIRATORIO CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO BILATERALMENTE- SIN RUIDOS AGREGADOS. SISTEMA CARDIOVASCULAR CON RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS- NORMOFONÉTICOS- SIN SOPLOS. ABDOMEN BLANDO- DEPRESIBLE- NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA- SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS- RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES. EXTREMIDADES SIN EDEMA- CON PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS- ADECUADO LLENADO CAPILAR. SISTEMA NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT FOCAL- FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADAS- REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS FISIOLÓGICOS. PIEL ÍNTEGRA- NORMOTÉRMICA- SIN LESIONES EVIDENTES. EN CONSIDERACIÓN AL CUADRO DE HIPERTROFIA DE CORNETES ASOCIADO A SINUSITIS DE REPETICIÓN Y FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO MÉDICO CONVENCIONAL- SE SOLICITA VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA ESPECIALIZADA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE CON LABORATIOS DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Sinusitis Cronica No Especificada		J329		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-07-11	09:28	Brissa	Flores	Chancay
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312068727				

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	