

REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CEDULA DE CIUDADANIA-MED No. 095027812-7

APELLIDOS Y NOMBRES
LOOR GAROFALO
ROGER AARON

LUGAR DE NACIMIENTO
GUAYAS
GUAYAQUIL
BOLIVAR /SAGRARIO/

FECHA DE NACIMIENTO 2007-04-03
NACIONALIDAD ECUATORIANA

SEXO M
ESTADO CIVIL SOLTERO



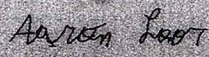
INSTRUCCIÓN BÁSICA PROFESIÓN / OCUPACIÓN ESTUDIANTE V4443V2242

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE
LOOR VELIZ RODDY ROGER

APELLIDOS Y NOMBRES DE LA MADRE
GAROFALO GOMEZ SANDRA LUCIA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
GUAYAQUIL
2015-04-09

FECHA DE EXPIRACIÓN
2025-04-09



DIRECTOR GENERAL

Lourdes Selvigano Irua
099322199

Plinio Alfaro
Calle Rafael Placia y Manchí

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	GAROFALO	ROGER AARON	03	04	2007	17 años, 0 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0950278127	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA CENTRAL y	098-042-8965 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSU	0950 178127	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	TODOS ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSU	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	04
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clínico

paciente acude refiriendo dificultad para respirar y obstrucción nasal frecuente, desde hace varios años de evolución por lo que se refiere a otorrinolaringología

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

indicados

5. Diagnóstico

		Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
		HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	343		
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
27/04/2024	10:00	Medicina Familiar y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1794036258	

Dra. Diana Duran Vargas
ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA
REG. SENESCYT 127625

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefieri o Referencia Inversa a:					Fecha	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

		Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
27/04/2024	10:00	Medicina Familiar y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1794036258	

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad