

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VASQUEZ	CEDEÑO	MATEO ABELARDO	05	07	1946	78 años, 2 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300678875	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	5 DE MAYO y	099-171-7280 /
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	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1300678875	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	09	13
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 DE 78 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR MOLESTIAS GASTRICAS , DISPEPSIA, REFLUJO, RESEQUEDAD BUCAL. CON ANTECEDENTES DE BRONQUIECTASIAS Y OBSTRUCCION NASAL INTERMITENTE. EN TRATAMIENTO CON ESPECIALISTA GASTROENTEROLOGO Y NEUMOLOGO. EN CONSULTA CON GASTROENTEROLOGO A RECCOMENDADO AL PACIENTE QUE SEA ATENDIDO POR OTORRINOLARIGOLOGO, MOTIVO DE ESTA CONSULTA. REFIERE HABER RECIBIGO GOTEROS NASALES A BASE DE CORTICOIDES.- ACTUALMENTE USA MARIMER.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MOCASO NASAL SECA Y PALIDA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RINITIS CRONICA	J310		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-13	11:50	Medicina General	MIGUEL VALLEJO ALBAN	0906499371	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	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

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA