

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIIJE	BRAVO	ANGEL ALFONSO	07	08	1956	68 años, 6 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302287360	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y	999-999-9999 /
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	1302287360	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	02	26
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 MASCULINO DE 68 AÑOS DE EDAD, APP: HTA (LOSARTAN 100MG), NEURALGIA DEL TRIGEMINO (CARBAMAZEPINA 400MG RECETADA POR NEUROLOGO), SINUSITIS CRONICA; AQ: PANCREATECTOMIZADO HACE 28 AÑOS; CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR FUERTE DOLOR DETRAS DE LA NARIZ, OJOS Y FRENTE DE LADO IZQUIERDO, ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE MAL, EXPULSA MUCOSIDAD AMARILLA POR LA NARIZ, PRESENTA CEFALEA INTENSA, PESE A 3 DIAS DE NEBULIZACIONES Y MAS EL TRATAMIENTO CON DOXICICLINA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS NO PRESENTA MEJORIA, NIEGA HABER TENIDO FIEBRE, SE SUGIERE LLEVAR CONTROL CON OTORRINOLARINGOLOGIA PARA MEJOR MANEJO DEL PACIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS FRONTAL CRONICA	J321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-26	09:42	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	

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 clinico

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
2025-02-26	09:42	Medicina Rural	DIEGO ARMANDO RESABALA VILLAVICENCIO	1310838980	