

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| FLECHER          | ZAMBRANO         | ROSA LEONOR | 21                  | 05  | 1959 | 66 años, 8 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                                 | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1303175317        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LOTIZ LUIS MARIA SOLORIZANO y LOTIZ LUIS MARIA SOLORIZANO | 098-564-6456 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria                              | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                                                 |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1303175317      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  | Fecha                |      |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|----------------------|------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2026 | 02  | 03  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad         | día  | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

CONTROL-ECNT - AL MOMENTO ESTA CON TOS LEVE - RONCUS - SIBILANCIAS - RINORREA - NARIZ TAPADA CONSTANTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL-ECNT - AL MOMENTO ESTA CON TOS LEVE - RONCUS - SIBILANCIAS - RINORREA - NARIZ TAPADA CONSTANTEMENTE - SENSACION DE DISNEA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA | J304   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO | FIRMA                                                                                                                                                                                                 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-02-03 | 09:03 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |  <div>Firmado electrónicamente por:<br/><b>MARIO FABIAN CERCADO PLUAS</b><br/>Validar únicamente con FirmaEC</div> |

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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------|--------|-------|
| 2026-02-03 | 09:03 | Medicina Interna | MARIO FABIAN CERCADO PLUAS | 4543   |       |