

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NARANJO	ROSADO	JOSE EDUARDO	15	01	1967	57 años, 8 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305365304	MANABI	CHONE	CANUTO	KM 4 y VIA A CANUTO	096-288-8091 /
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	1305365304	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	10	10
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 MAS CULINO DE 57 AÑOS DE EDAD, RES IDENT EN CANUTO LOS CAÑALES , TEF: 0963011238, ACUDE EN COMPAÑÍA DE S U NUERA A CONS ULTA MEDICA POR CUADRO CLINICO DE 1 S EMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR DE INTENS IDAD MODERADA EN LA REGION FRONTAL Y MAXILAR S SUPERIOR DER E IZQ, CON EXPULS ION DE S ECRECION S EROS A AMARILLEN TA MALOLIENTE A TRAVES DE ORIFIOS NAS ALES EN ES PECIAL EN LAS MAÑANAS AL LEVANTARS E, REFIERE QUE A RAIZ DEL DOLOR EN LA CARA LE HA S US CITADO CEFALEAS FRECUENTES EN EL TRANS CURS O DEL DIA. MANIFIES TA DIAGNOS TICO DE HACE 3 AÑOS CON IMÁGENES POR PARTE DE ES PECIALIS TA QUE PADECE DE MAS A PETREA A NIVEL DE S ENO PARANAS AL MAXILAR DERECHO Y DES VIACION HACIA LA IZQUIERDA DE TABIQUE NAS AL, LO CUAL LE HA OCAS IONADO MOLES TIAS PARA LA INS PIRACION DEL MIS MO LADO DE FOS AS NAS ALES . HA ACUDIDO CON ES PECIALIS TA EN CHONE Y LE HA INDICADO QUE LE S EA REALIZADA UNA REFERENCIA PARA EL S ERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. S E HA AUTOMEDICADO CON PARACETAMOL 500MG E IBUPROFENO DE 400MG PARA ALIVIAR S U CEFALEA. APP: HTA EN TTO CON LOS ARTAN 100 MG QD, AMLODIPINO 10 MG QD. AQX: NO REFIERE, ALERGIAS : NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE LUCE TRANQUILO, CONS CIENTE ORIENTADO GLAS GOW15/15, AFEBRIL A LA VIS ITA. PA: 128/82MMHG, T 36.5, PES O 67.9, TALLA 159.5, FC 80, S AT 98 DX: J331 DEGENERACION POLIPOIDE DE S ENO PARANAS AL, J342 DES VIACION DEL TABIQUE NAS AL, Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL, I10X HIPERTENS ION ES ENCIAL, Z713 CONS ULTA PARA INS TRUCCION Y VIGILANCIA DE LA DIETA. TTOx: LOS ARTAN 100MG QD AM, AMLODIPINO 10MG QD NOCHE, IBUPROFENO 400MG CADA 8H POR 7 DIAS (20 UNIDADES) REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGIA CHONE HOS P NAPOLEON DAVILA CONS ULTA EXTERNA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO MUCOSAS NASALES HÚMEDAS CON PRESENCIA DE SECRECIÓN SEROSA AMARILLENTA VISIBLE EN ORIFICIO NASAL DERECHO Y DOLOR MODERADO A LA DIGITOPRESION EN REGIÓN MAXILAR BILATERAL Y SENSACIÓN INTENSA A DE PES O EN ROSTRO AL AGACHAR LA CABEZA HACIA EL SUELO. SE SOLICITA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA VALORACIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	J342	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-10	10:16	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2024-10-10	10:16	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	