

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MERO	EDITA DEL ROSARIO	10	07	1966	59 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306028489	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO COLORADO DE MOSQUITO y	098-667-9232 / (99)-999-9999
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	1306028489	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	04	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 FEMENINA DE 59 AÑOS CON APP HTA, RINITIS CRONICA, HIPERTIROIDISMO. APQ CATETERISMO HACE 11 MESES POR PUEBLO DESCENDENTE ANTERIOR. ACUDE A CONSULTA CON REFERENCIA INVERSA DE SERVICIO DE NEUMOLOGIA CON DIAGNOSTICO DE RINITIS ALERGICA NO ESPECIFICADA, EN EL CUAL SE SOLICITA PROXIMO CONTROL Y SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGIA. PACIENTE CON CUADROS CLINICOS A REPETICION DE BRONQUITIS, REFIERE DOLOR EN TORAX QUE SE IRRADIA A HIPOCONDRIOS DERECHO, EN RX DE TORAX DE EVIDENCIA ENGROSAMIENTO DE CISURA MAYOR. GEN EXPERT NEGATIVO. SE REALIZA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGIA PARA VALORACION Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/a

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-10	10:47	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-04-10	10:47	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	