

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	VERIS TEMISTOCLES	15	08	1971	53 años, 4 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306196690	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	14 DE AGOSTO y	096-322-0040 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306196690	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
Red Complementaria	hospital napoleón davila	Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	12	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON DOLOR FRONTAL CON DESVIACIÓN DEL TABIQUE DE UNA EVOLUCIÓN DE MAS DE 6 AÑOS ESTO DIFICULTA LA RESPIRACIÓN, PACIENTE CON DOLOR EN ÁREA PARIETOTEMPORAL, DOLOR ACOMPAÑADO DE MAREO. NAUSEAS, AUMENTO DE LA ACIDES SE LLENA DE GASES, REFIERE ESPOSA QUE EL HABLA CUANDO DUERME, REFIERE QUE NO QUIERE SALIR TIENE ANSIEDAD, POCO CONVERSA POR SE RÍE, REFIERE QUE ADEMAS ES UNA PESADEZ, RM Y TM DE CRÁNEO, EL ENFOCA MUCHO EL DOLOR Y SE ESTA LIMITANDO A LA VIDA DIARIA,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVÍA PARA SU EVALUACIÓN... 0959514271

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-16	14:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIBE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIBE

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
2024-12-16	14:21	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIBE	L42 F40 N119	

