

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	RONEIS FRANCISCO	04	10	1970	55 años, 2 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306318161	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	ALBORADA 8AVA ETAPAMZ820 V6 y	095-478-1233 / (04)-512-5879
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	1306318161	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	12	24
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 SIN HIPERTENSION ARTERIAL NI DIABETES, PRESENTA COMO APP RINITIS ALÉRGICA CON APQX POR DESVIACIÓN DE TABIQUE NASAL E HIPERTROFIA DE CORNETES INFERIORES, DESDE HACE 8 AÑOS A PESAR DE LO CUAL DESDE HACE 6 PRESENTA SINTOMATOLOGÍA QUE CURSA CON DIFICULTAD PARA LA RESPIRACIÓN NASAL GENERALMENTE TIENE RESPIRACIÓN POR LA BOCA, REFIERE ADEMÁS PERIODOS DE RONQUIDOS DURANTE LA NOCHE CON APNEAS/HIPOPNEAS, REALIZA MARCHA, TROTE O BICICLETA HASTA EL ANTERIOR 1H POR LA NOCHE DE LUNES A VIERNES, DIETA HIPOHIDROCARBONADA, NO COMIDA CHATARRA, ALCOHOL OCASIONAL, UNA VEZ AL MES, TABACO NO, DROGAS NO REFIERE. QUE VIENE POR CUADRO CLÍNICO DESDE HACE 2 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR ASTENIA, DISNEA DE MEDIANOS Y GRANDES ESFUERZOS CON DOLOR PRECORDIAL Y PALPITACIONES. AL MOMENTO ASINTOMÁTICO. 0983235587

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NAALES	J343		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-24	10:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-24	10:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	