

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BURGOS	ENNITA CONZUELO	23	01	1971	55 años, 2 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307238426	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	DAKA 2 y	096-190-8202 /
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	1307238426	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	04	13
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 DE 55 AÑOS DE EDAD, APP NÓDULO TIROIDEO, PRESENTA OBSTRUCCIÓN NASAL, RINORREA BLANQUECINO TANS PATENTE, ACOMPAÑADO DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y DOLOR EN REGION FRONTAL NASAL DESDE HACE 30 DÍAS APROXIMADAMENTE, DOLOR A LA PALPACION O PRESIÓN EN CARA IRRADIADO A REGION MASTOIDEA Y TEMPORAL IZQUIERDA, TOS NO PRODUCTIVA SE EXACERBA CON CUADRO CLÍNICO GRIPALES, ADEMÁS REFIERE QUE HACE 12 AÑOS LE DIAGNOSTICARON SINUSITIS (EN SENOS PARANASALES) EN EL IESS DE LA CIUDAD DE (QUITO) AL MOMENTO AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

10/04/2026: RX DE CARA; INFLAMACIÓN DE LOS SENOS PARANASALES, HIPERTROFIA DE CORNETES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS ETMOIDAL CRONICA	J322		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-13	14:18	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	 Firmado electrónicamente por: MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-04-13	14:18	Medicina Interna	MARIA DEL ROSARIO ESCANDON ZAMBRANO	5119	