

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALAVA	SOLORZANO	JACINTO EDUARDO	16	09	1975	49 años, 3 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307936763	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO CAMARONES y SITIO CAMARONES	097-901-8103 /
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	1307936763	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13007 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	01	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutivaSaturación capacidad
instaladaAusencia temporal del
profesional

Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

paciente presenta dolor en región de los maxilares superiores desde hace aproximadamente dos años que sede momentáneamente a los analgésicos, acompañado de rinitis, anosmia se irradia a región frontal, CsPs, claros, RsCs: rítmicos

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : sinusitis maxilar

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS MAXILAR CRÓNICA		J320		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-06	09:04	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664	 ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
---------------------	-----------------	--------------------------	------	----------	--------------

Contrarefieri 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
2025-03-06	09:04	Medicina Interna	ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO	0907072664	

