

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	RESABALA	MERCEDES ISABEL	04	10	1985	40 años, 1 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308807401	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	AV ESTUDIANTEL y	099-605-6696 /
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	1308807401	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	11	12
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 CON ANTECEDENTES DE HTA: EN TRATAMIENTO CON LOSARTNA 50 MG + CLORTALIDONA 25 MG, SINUSITIS CRONICA HACE 17 AÑOS EN EL CUAL R4EALIZAN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO. PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE EXACERBACION DE CONGESTION NASAL MAS SECRECION NASAL ABUNDANTE CON MAL OLOR, CEFALEA CONSTANTE LOCALIZADA EN REGION FRONTAL CON ESCALA DE EVA 7/10, CACOS MIA, DOLOR EN REGION NASAL Y FRONTAL, PACEINTE EN CONTROL CON MEDICO ESPECIALISTA OTORRINOLARINGOLO EN EL CUAL ENVIA TRATAMIENTO ANTIBIOTICO IM Y VIA ORAL, MEDICACION INTRANASAL (AUN NO EMPIEZA CON TRATAMIENTO),AL MOMENTO PACIENTE CON SINTOMAS ACTIVOS DE SINUSITIS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE CARA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PANSINUSITIS CRONICA	J324		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-12	10:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-11-12	10:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	