

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	AIDA LORENA	29	08	1976	49 años, 2 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309210324	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIUDADELA SAN RAFAEL y	099-615-7028 /
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	1309210324	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	10	29
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 FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA PARA REVISION DE ESTUDIO DE RADIOGRAFÍA EN EL CUAL SE EVIDENCIA LEVE DESVIACION DE TABIQUE NASAL E HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES INFERIORES. AL MOMENTO REFIERE QUE DUERME CON 3 ALMOHADAS Y PRESENTA DOLOR EN REGION CENTROFACIAL QUE SE EXACERBA CUANDO PRESENTA PROCESOS GRIPALES O RINITICOS, PACIENTE TRATA DE CONTROLAR SINTOMAS CON CORTICOIDES INHALADOS SIN OBSERVAR MEJORIA. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: LEVE DESVIACION DE TABIQUE NASAL E HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES INFERIORES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-29	13:36	Medicina Rural	ANGGIE MARIUXI MUÑOZ ALCIVAR	1314423656	

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
2025-10-29	13:36	Medicina Rural	ANGGIE MARIUXI MUÑOZ ALCIVAR	1314423656	