

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	PINCAY	JENNY PATRICIA	03	06	1977	48 años, 4 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309410973	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SAN FELIPE y	099-722-1128 /
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	1309410973	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	10	30
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

CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENTAR DEFICIENCIA RESPIRATORIA DESDE HACE MAS O MENOS UN AÑO DE EVOLUCION EN EL CUAL IMPIDE LA ENTRADA DE AIRE DEL LADO DERECHO EN EL CUAL SE ACOMPAÑA CON RESEQUEZAD BUCAL POR MOTIVO DE DORMIR CON LA BOCA ABIERTA, CEFALEA CONSTANTE Y VERTIGO. EXAMEN FISICO NARIZ: SE EVIDENCIA PRESENCIA DE POLIPO EN AMBAS REGIONES NASALES CON MAYOR AGRANDAMIENTO DEL LADO DERECHO EL CUAL NO PERMITE ENTRADA Y SALIDA DE AIRE, ESPACIO NASAL OCUPADO. PLAN FRAMACOLOGICO : BETAMETASONA SPRAY NASAL 1 PUFF CADA 12 HORAS POR 15 DIAS, IBUPROFENO 400 MG CADA 8 HORAS POR 5 DIAS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO. RADIOGRAFIA DE CAVUM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIPO NASAL, NO ESPECIFICADO	J339		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-30	10:20	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
2025-10-30	10:20	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	