

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	BRAVO	SOLANDA ARMANDINA	01	05	1975	50 años, 4 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309724688	MANABI	CHONE	CANUTO	LA MOCORA y X	098-790-4339 /
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	1309724688	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	09	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

PACIENTE FEMENINA DE 50 AÑOS DE EDAD, QUIEN ACUDE POR SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA ALTA DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADA POR CONGESTIÓN NASAL PERSISTENTE, RINORREA MUCOPURULENTO (AMARILLA), TOS PRODUCTIVA Y DOLOR NASAL DE INTENSIDAD SEVERA. ADEMÁS, REFIERE RONQUIDO NOCTURNO RECIENTE. LA PACIENTE ASOCIA EL INICIO DEL CUADRO A LA EXPOSICIÓN A DETERGENTES, LOS CUALES PREVIAMENTE LE HAN DESENCADENADO REACCIONES ALÉRGICAS, SUGIRIENDO UN COMPONENTE DE RINITIS ALÉRGICA. REFIERE ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO CON MOMETASONA EN SPRAY NASAL Y SALBUTAMOL, AMBOS PRESCRITOS POR MÉDICO PARTICULAR. CONSULTÓ EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA DE CHONE, DONDE LE INDICARON CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO HABITUAL, AUNQUE NO RECUERDA CON EXACTITUD LA MEDICACIÓN PRESCRITA. A PESAR DE ESTO, REFIERE ESCASA MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS HASTA LA FECHA. NIEGA FIEBRE, DISNEA O DOLOR TORÁCICO. REFIERE BUEN ESTADO GENERAL AL MOMENTO, CON MICCIÓN Y DEPOSICIONES CONSERVADAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	J304	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-30	12:19	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

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
2025-09-30	12:19	Medicina Rural	MILENA FERNANDA MACIAS MEJIA	1316516853	

