

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| GARCIA           | VILLAVICENCIO    | GUSTAVO RAFAEL | 21                  | 10  | 1988 | 36 años, 0 meses, 16 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1310471535        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CALCETA y CALCETA            | 099-631-6251 /      |
| 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                 | 1310471535                               | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A |                      | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |                      |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                      | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Otorrinolaringología | 2024           | 11  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad         | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA PARA REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA EN LA CUAL HA ESTADO EN SEGUIMIENTO POR DESVIACIÓN DE TABIQUE NASAL, NIEGA SINTOMAS DIGESTIVOS, RESPIRATORIOS. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVO, REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|                              |
|------------------------------|
| TAC EN ESPERA DE RESULTADOS. |
|------------------------------|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-06 | 11:26 | Medicina Rural | JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR | 1313631234 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-06 | 11:26 | Medicina Rural | JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR | 1313631234 |       |