

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	ZAMBRANO	VIVIANA ELIZABETH	23	11	1988	37 años, 7 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311445108	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	096-361-7366 /
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	1311445108	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	07	06
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 37 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 7 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CONGESTIÓN NASAL, RINORREA MUCOPURULENTE, DOLOR Y SENSACIÓN DE PRESIÓN EN REGIÓN MAXILAR Y FRONTAL, CEFALEA, ODINOFAGIA LEVE Y TOS DE PREDOMINIO NOCTURNO SECUNDARIA A GOTE POSTNASAL. REFIERE DISMINUCIÓN DEL OLFATO Y MALESTAR GENERAL, SIN EPISODIOS DE DISNEA NI DOLOR TORÁCICO. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA MUCOSA NASAL HIPERÉMICA Y EDEMATOSA, SECRECIÓN MUCOPURULENTE, DOLOR A LA PALPACIÓN DE SENOS MAXILARES Y FRONTALES, FARINGE LEVEMENTE HIPERÉMICA SIN EXUDADOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS PATOLÓGICOS Y SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0993945590.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J019	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	09:08	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-06	09:08	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

