

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VELEZ	MAYRA MONSERRATE	22	08	1994	29 años, 11 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312532227	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	096-321-8010 / (99)-999-9999
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/Área		
MSP	1312532227	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	08	15
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 DE 29 AÑOS DE EDAD, APP: RINITIS ALÉRGICA APQ: RINOPLASTIA HACE 11 AÑOS APROX. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR EPISODIOS DE ALERGIA, CONGESTIÓN NASAL RECURRENTES QUE NO CEDEN CON MEDICACIÓN HABITUAL. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. CEL: 0990119633 - 0963218010.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-15	16:10	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

DR. AGUSTIN CARVAJAL Z. -
MEDICO CIRUJANO
C.I.: 1815938504
REG. SENFYT 1809-2023-2773553

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
2024-08-15	16:10	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	