

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	CEDEÑO	INGRID TERESA	01	10	1988	36 años, 9 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	1312761891	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA INMACULADA y SN	098-986-7832 /
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	1312761891	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO			HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:							
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Otorrinolaringologia	2025	07 14
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 clinico

PACIENTE ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN HEMICARA IZQUIERDA , CEFALEA, LAS MISMA PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR , AL EXAMEN FISICO PRESENTA DESVIACION DEL SEPTAL A LA IZQUIERDA+ HIPERTROFIA TURBINAL BILATERAL INFERIOR POR LO QUEQUIERE VALORACION PARA RESOLUCION QUIRURGICA CON OTORRINOLARINGOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERTROFIA TURBINAL BILARAL INFERIOR

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2025-07-14	09:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258



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
2025-07-14	09:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIANA JOSEFINA DURAN VARGAS	1759076258	