

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres          | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| LOPEZ            | LOOR             | MARGORIE MARCELA | 20                  | 03  | 1991 | 33 años, 7 meses, 18 días | Mujer   |
|                  |                  |                  | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1312806084        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | ELEIO SANTO MACAY y          | 098-036-0887 /       |
| 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                 | 1312806084                | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |                      |      |       | 13D07 / ZONA 4 |
|                     |                           |                          |                                                      |                      |      |       |                |
| Refiere o Deriva a: |                           |                          |                                                      |                      |      | Fecha |                |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE |                          | Consulta externa                                     | Otorrinolaringología | 2024 | 11    | 07             |
| 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 con sangrado nasal recurrente desde hace un año el cual ha sido progresivo en forma inicial de la fosa nasal izquierda y desde hace unos meses de fosa nasal derecha, se ha realizado tratamientos tópicos sin efecto.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

vasos sanguíneos superficiales, labiles con riesgo de ruptura. en ambas paredes tabique nasal de las dos fosas nasales

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| EPISTAXIS   | R040   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2024-11-07 | 14:17 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2024-11-07 | 14:17 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |       |