

# A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                         |                             |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br>ESS          | UNICÓDIGO<br>1421           | ESTABLECIMIENTO DE SALUD<br>HOSPITAL BASICO CHONE | TIPOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                                              | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA<br>1312809971 | NÚMERO DE ARCHIVO<br>630263                                                                                                                                                                                                                                                              |
| PRIMER APELLIDO<br>KUFFO                | SEGUNDO APELLIDO<br>MENDOZA | PRIMER NOMBRE<br>JORGE                            | SEGUNDO NOMBRE<br>ENRIQUE                                                                                                                                                                                                                                                              | SEXO<br>M                                      | FECHA NACIMIENTO<br>1994/11/13                                                                                                                                                                                                                                                           |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)   |                             |                                                   | REFERENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                             | DERIVACIÓN                                     | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL<br>961017337 |                             |                                                   | MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                | H D M A                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| PROVINCIA<br>MANABI                     | CANTÓN<br>CHONE             | PARROQUIA<br>CHONE                                | <input type="checkbox"/> 1. Accesibilidad geográfica.<br><input type="checkbox"/> 2. Falta de espacio físico.<br><input type="checkbox"/> 3. Falta de equipamiento.<br><input type="checkbox"/> 4. Equipos en mal estado.<br><input type="checkbox"/> 5. Problemas de infraestructura. |                                                | <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento.<br><input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales.<br><input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutoria.<br><input checked="" type="checkbox"/> 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios. |

# B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                                |                                             |                              |                                      |
|--------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA<br>MSP | ESTABLECIMIENTO DE SALUD<br>NAPOLEON DAVILA | SERVICIO<br>CONSULTA EXTERNA | ESPECIALIDAD<br>OTORRINOLARINGOLOGIA |
|--------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|

# C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 30 AÑOS SE REALIZA CITA POR CUADRO DE TRAUMA CON LESION A NIVEL DE NARIZ AHORA CON RX SENOS PARANASALES IMPRESION FISURA DE FOSA NASAL IZQUIERDA CON DOLOR LOCAL MAS INFLAMACION NO MEJORA CON TTO NI REPOSO INDICO IC OTORRIO

# D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

RX SENOS PARANASALES

# E. DIAGNÓSTICO

|                                                                 | PRE+ PRESUNTIVO<br>DEF+ DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. J342 OTROS TRASTORNOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS PARANASALES |                                    | J342 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                                              |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                                              |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

# F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                                     |                         |                                                                                                              |                             |                           |
|-----------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)<br>18/07/2025                 | HORA<br>(hh:mm)<br>9:00 | PRIMER NOMBRE<br>ROSSY                                                                                       | PRIMER APELLIDO<br>PARRALES | SEGUNDO APELLIDO<br>GILER |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>1311879322 |                         | SELLO<br><b>Dra. Rossy Parrales Giler</b><br>MEDICINA FAMILIAR<br>CI: 1311879322<br>REG- SENEYCT CU-15-14469 |                             |                           |

# G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

# A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|

# B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |                          |          |                    |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|-------------------------|--------------------------|----------|--------------------|

# C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

# D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

# E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

# F. DIAGNÓSTICO

|    | PRE+ PRESUNTIVO<br>DEF+ DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|------------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. |                                    |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2. |                                    |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                                    |     |     |     | 6. |     |     |     |

# G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE