

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PIN	RIVAS	PAMELA ANNABEL	11	09	1991	33 años, 2 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313133017	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SH y	099-822-9325 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1313133017	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13067 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:				
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad
				Fecha
				día mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐	Saturación capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesional ☐	Otros/especifique: ☒
Falta de profesional ☐	FARINGITIS DE 8 MESES DE EVOLUCIÓN/HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES / RINITIS MIXTA.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE EN DUELO POR FALLECIMIENTO DE MAMÁ HACE 6 MESES CON CUADRO ANSIOSO Y DEPRESIVO, SIN EMBARGO REFIERE CUADRO CLÍNICO DE HACE 8 MESES CARACTERIZADO POR DOLOR DE GARGANTA QUE INTERCALA DE 6-8 / 10 DE ESCALA DE EVA CON DIFICULTAD PARA DEGLUCIÓN DE SÓLIDOS NO LÍQUIDOS, CON EXCESO DE FONACIÓN CREA DISFONIA, ECOGRAFIA TIROIDEA NO BOCIO NO NÚDULOS, Y TSH LÍMITROFE, SIN EMBARGO TAMBIÉN REFIERE RINORREAS CONSTANTES Y DIFICULTAD PARA LA RESPIRACIÓN NASAL. AL EXAMEN FÍSICO HIPERTROFIA DE CORNETES INFERIORES BIALTERAL. SE RECETA ANTIHISTAMÍNICOS TIPO HIDROXINA Y MOMETASONA NASAL. CON DERIVACIÓN A ORL 0998229325

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	J343		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-04	08:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292395	 IRVING ISRAEL BUITRON NIETO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					Fecha	
				/		
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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