

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	PIN	LIDA MELISSA	15	10	1995	30 años, 5 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313621458	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	098-554-6250 /
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	1313621458	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	03	30
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	☐	SINUSITIS CRONICA	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 29 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR OBSTRUCCIÓN NASAL PERSISTENTE DE TIPO FUNCIONAL, DE INTENSIDAD VARIABLE, ASOCIADA A SENSACIÓN DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AL PASO DE AIRE, SIN FIEBRE NI DOLOR TORÁCICO; REFIERE RONQUERA NOCTURNA FRECUENTE QUE INTERFIERE CON EL SUEÑO Y EPISODIOS OCASIONALES DE MAL OLOR NASAL, SIN OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS ASOCIADOS; AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE ENCUENTRA HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO Y REACTIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0985546250

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	J329		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-30	08:53	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-03-30	08:53	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	