

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	ARAUZ	ANGEL MAURICIO	15	01	1993	32 años, 2 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313700526	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BADEAL y	098-554-6215 /
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	1313700526	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	04	02
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 clínico

PACIENTE DE 32 AÑOS DE EDAD , SEXO HOMBRE CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL, ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN LA REGION FACIAL, CONGESTION NASAL , OBSTRUCCION NASAL, RINORREA DE COLOR VERDE DUERME CON LA BOCA ABIERTA, PRURITO NASAL Y ESTORNUDOS FRECUENTES, DE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS DE EVOLUCION , QUE NO MEJORA CON TRATAMIENTO MEDICO , POR LO QUE MADRE SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACION DE MEDICO ESPECIALISTA 0985546215 0989620808

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIADLIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS MAXILAR CRONICA	J320	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-02	09:14	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2025-04-02	09:14	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	