

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MUÑOZ	SERGIO OSWALDO	05	10	1997	28 años, 8 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314000207	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LOS BRAVOS CHICOS y	098-754-3904 /
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	1314000207	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	06	09
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	☐	HENDIDURA EN TABIQUE NASAL	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 28 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRONICAS DE RELEVANCIA, APQX SEPTOPLASTIA POR DESVIACION DE TABIQUE NASAL, REFIERE CUADRO CLINICO DE DOLOR INTRANASAL, NIEGA RINORREAS, DOLOR AL TACTO EN REGION DE NARINAS, NIEGA EPISTAXIS, AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA HENDIDURA A NIVEL ORIFICIO NASAL DE LADO IZQUIERDO. AÑADE QUE EN CONSULTA POR BRIGADA DE GAD PARROQUIAL POR MEDIO DE UNA ECOGRAFIA LE MANIFIESTAN HIGADO GRASO GRADO II Y QUISTES EN EL HIGADO. AL MOMENTO ACTIVO REACTIVO AFEBRIL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0987543904

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HENDIDURA, FISURA O MUESCA DE LA NARIZ	Q 302	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	08:29	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-06-09	08:29	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

