

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CEDEÑO	ANA MICHELLE	12	12	2005	19 años, 2 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314426998	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ARAYMUNDO AVEIGA y 5 DE JUNIO	096-807-3656 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1314426998	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	03	11
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

FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD, APP: NR APQ: NR ALERGIA: NR. PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DIFICULTAD PARA RESPIRAR, EN LAS NOCHES SE DESPIERTA DEBIDO A LA OBSTRUCCIÓN NASAL, MADRE REFIERE QUE EN LAS NOCHES RONCA DEMASIADO FUERTE, PRESENTA RINORREA EN LAS MAÑANAS Y NOCHES DE FORMA RECURRENTE. PACIENTE ATENDIDA DE FORMA PRIVADA POR OTORRINOLARINGÓLOGO DONDE SE REALIZA RM Y SE EVIDENCIA HIPERTROFIA DE CORNETES NAALES, ESTUVO EN TRATAMIENTO CON SPRAY NAALES CON CORTICOIDE SIN MEJORIA ALGUNA, MEDICO LE INDICO QUE DEBÍAN HACER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SIN EMBARGO NO CUENTAN CON RECURSOS PARA TRATAMIENTO DEFINITIVO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RM: HIPERTROFÍA DE CORNETES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	14:57	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

