

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	MONTES	JHON ELIAS	23	05	2006	18 años, 8 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314595636	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE SN y	093-923-6077 /
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	1314595636	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	02	20
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 MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD, CON APP DE EPILEPSIA SIN TTO ACTUAL (NEURÓLOGO QUE LLEVABA EL CASO SUSPENDIÓ MEDICACIÓN DESDE LOS 14 AÑOS), PANSINUSITIS (PEDIÓ SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGÍA), MALFORMACION CONGENITA DE ARNOL CHIARI GRADO I. PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CUADROS GRIPALES CONSECUTIVOS CON ELIMINACION EXCESIVA DE MUCOSIDAD, PRESENTA TAPONAMIENTO CONSTANTE DE NARINA DERECHA, RONQUERA. RADIOGRAFIA DE CARA: PRESENCIA DE MUCOSIDAD EN SENOS PARANASALES, DISMINUCION DE ESPACIO NASAL OCUPADO POR POLIPO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE CAVUM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIPO NASAL, NO ESPECIFICADO	J339		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-20	11:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-02-20	11:46	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	