

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	CEDEÑO	FABIOLA ISABEL	14	10	1991	32 años, 11 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314597616	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	GENERAL SERRANO y	098-964-3584 /
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	1314597616	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	10	08
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

MUJER DE 32 AÑOS CON APP DE SINUSITIS CRONICA , ACUDE POR CUADRO DE LARGA DATA DE SINUSITIS CRONICAS Y RINITIS ALERGICAS, REFIERE CUADROS DE ELIMINACION DE SECRICIONES MUCO PURULENTA DE COLOR AMARILLAS DE OLOL PUTRIDO REFIERE USO TRATAMIENTO CON ANTIBIOTICO MAS ANTIHISTAMINICO DE LARGA DATA SIN MEJORIA DE CUADRO CLINICO, CON SIGNOS VITALES ESTABLES , A LA VALORACION FISICA ESCASA RINORREA ANTERIOR Y POSTERIOR DE ASPECTO HIALINO, MUCOSA NASAL CONGESTIVA, FARINGE ERITEMATOSA, RESTO SIN PATOLOGIA EVIDENTE CON HOY AFEBRIL ALERTA Y ASINTOMATICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE FRONTO NASAL (AÑO 2023) SE APRECIA OCUPACION EN SENO ETMOIDAL IZQUIERDO. TRATAMIENTO ACTUAL IRRIGACION NASAL CON SOLUCION HIPERTONICA TID 4. OLOPATADINA+MOMETASONA SPRAY NASAL BID 5. OXIMETAZOLINA NASAL PRN 6. N ACETILCISTEINA 600 MG VO QD POR 5 DIAS .

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-08	09:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2024-10-08	09:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

