

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	ALCIVAR	PAOLA JAMILETH	09	03	2007	19 años, 3 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314798073	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARIA DE JESUS y SANTA MARIANA DE JESUS	099-822-9273 /
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	1314798073	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	23
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

CONTROL. INDICA QUE NO VE MEJORIA CON TRATAMIENTO. CUADROS RESPIRATORIA AREPETICINQ UE DEJAN TS SECA. HIPERTRFIA AMIGDALAR. RONQUIDO NOCTURNO. RESPIRACIN BUCAL. CUADROS DE RINITIS 2-3/SEMANA. AZELASTINA/ FLUTICASONA BID + CETIRIZINA 10 MG QD. GRADO II DE AMIGDALA HIPERTRFICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APOYO POR CUADROS CNSTANTES ISN MEJRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	J304		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	11:39	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-06-23	11:39	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	