

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ZAMBRANO	MARIA ALEJANDRA	18	08	2007	18 años, 7 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314913037	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MANUEL DE JESUS ALVAREZ y	098-697-0418 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314913037	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	03	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 FEMENINA DE 18 AÑOS ACUDE PARA REVISION DE EXAMENES, INDICA QUE HA PRESENTADO DIFICULTAD PARA RESPIRAR PRINCIPALMENTE POR OBSTRUCCION NASAL IZQUIERDA Y CANSANCIO CON DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS, INDICA QUE HA ESTADO CON ESTE CUADRO 6 AÑOS APROXIMADAMENTE. NIEGA OTROS SINTOMAS. SE INICIA ATENCION A ADOLESCENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : SE EVIDENCIA OPACIDAD EN SENOS PARANASALES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-20	13:44	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMAR ÚNICAMENTE POR: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-20	13:44	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	