

cel 0986362241

0959034321

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |           |                    | Edad                         | Sexo                 |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----------|--------------------|------------------------------|----------------------|
| MENDOZA          | ARCENTALES       | MATHEWS XAVIER    | 24                  | 03        | 2003               | 22 años, 2 meses, 18 días    | Hombre               |
|                  |                  |                   | día                 | mes       | año                | a-m-d                        | 1=H 2=M              |
| Nacionalidad     | País             | Identificación    | Lugar de residencia |           |                    | Dirección                    | No Telefónico        |
| ECUATORIANO/A    | ECUADOR          | 1314955277        | MANABI              | EL CARMEN | EL CARMEN (URBANO) | EL CARMEN y                  | 000-000-0000 /       |
| 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                   | Dístrito/Area  |     |       |
|---------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|----------------|-----|-------|
| MSP                 | 1314955277                        | CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D05 / ZONA 4 |     |       |
| Refiere o Deriva a: |                                   |                              |                        |                |     | Fecha |
| MSP                 | HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z. | Consulta externa             | Otorrinolaringología   | 2025           | 06  | 11    |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud          | Servicio                     | Especialidad           | día            | mes | año   |

### 2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

### 3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE REFIERE SANGRADO ABUNDANTE POR FOSAS NASALES A PREDOMINIO IZQUIERDO ABUNDANTE SIN CAUSA APARENTE SIN APP DE IMPORTANCIA , AL EXAMEN FISICO DORSO NASAL CON LIGERA DESVIACION, MUCOSAS NASALES ENROJECIDAS NO SE EVIDENCIA SANGRADO ACTUAL

### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE RECOMIENDA RX DE HUESOS PROPIOS DE NARIZ

### 5. Diagnóstico

Diagnóstico  
DESVIACION DEL TABIQUE NASAL

CIE-10  
J342

PRE

DEF  
X

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|
| 2025-06-11 | 08:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | CRISTIAN ISACIO CHICA VEGA | 1308754827 |

FIRMA

Dr. Cristian Chica Vega  
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
Reg. Senescv: 1027-2017-1800643  
C.I. 1308754827

### III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☒

#### 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema                   | His.Clinica No.          | Establecimiento de salud | Tipo          | Servicio | Especialidad |     |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------|--------------|-----|
| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |                          |               |          |              |     |
| 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 |
|------------|-------|---------------------------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-06-11 | 08:20 | Medicina Familiar Y Comunitaria | CRISTIAN ISACIO CHICA VEGA | 1308754827 |       |