

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	VELEZ	JERLY GREGORIO	04	05	2001	24 años, 6 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314964501	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO PACHO y SN	099-101-4377 /
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	1314964501	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	11	27
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 24 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POSTERIOR A PRESENTAR ACCIDENTE DE TRANSITO EN CALIDAD DE MOTOCICLISTA SIN CASCO CON CINEMATICA DE PERDIDA DE PISTA HACE 1 AÑO, ESTUVO INGRESADO EN UCI APROXIMADAMENTE 3 DIAS POR FRACTURA DE BOVEDA DE CRANEO + TRAUMATISMO INTRACRANEAL, ACUDE POR DIFICULTAD PARA INSPIRAR POR TABIQUE DESVIADO, ADEMÁS PRESENTA DESVIACION DEL TABIQUE, SE SOLICITA CONTROL DE IMAGEN PARA SEPTUMPLASTIA. AL MOMENTO CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. SE EMITE REFERENCIA A ESPECIALIDAD PARA CONTROL POR OTORRINO Y EXAMENES DE IMAGEN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX DESVIACION DE TABIQUE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	J342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-27	12:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	

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
2025-11-27	12:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	SAMANTA BELEN MERA BUITRON	1720446291	