

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	BRAVO	ERICK JOEL	04	12	1998	26 años, 9 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315263937	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y RIO VISTA	096-040-4590 / (99)-999-9999
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	1315263937	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	09	18
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

PACIENTE DE 26 AÑOS DE EDAD CON HISTORIA DE 15 AÑOS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DIFICULTAD PARA RESPIRAR DE EVOLUCIÓN CRÓNICA, PRESENTA DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL QUE LIMITA LA FLUJO DE AIRE, LO QUE SE MANIFIESTA EN CUADROS REPETIDOS DE CONGESTIÓN NASAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA Y OBSTRUCCIÓN NASAL. ADEMÁS, EL PACIENTE HA REFERIDO EPISODIOS FRECUENTES DE ODINOFAGIA + TINNITUS, RELACIONADOS CON LA OBSTRUCCIÓN NASAL Y EL DRENAJE POSTERIOR DE MUCOSIDAD, LO QUE AGRAVA LA SENSACIÓN DE DOLOR AL DEGLUTIR. LOS EPISODIOS DE CONGESTIÓN NASAL SE AGRAVAN EN CLIMAS FRÍOS O CON PRESENCIA DE ALÉRGENOS. ADEMÁS ESTOS CUADROS DE RINITIS CRÓNICA CAUSAN CEFALÉAS INTENSAS, PACIENTE HA MANTENIDO TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMINICOS, CORTICOIDES SIN MEJORA ALGUNA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RINITIS CRONICA	J310		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-18	11:25	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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

