

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COOX	ROMERO	GEMA STEFANIA	19	05	1996	29 años, 10 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315370773	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA CANUTO y CDLA LA VICTORIA	098-631-6289 /
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	Distrito/Area
MSP	1315370773	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	03	26
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	☐	CONTROL Y SEGUIMIENTO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINO DE 29 AÑOS DE EDAD. APP: ASMA. APF: MADRE HTA Y ASMÁTICA, AA: NO REFIERE. AQX: APENDICENTOMIA (HACE 17 AÑOS), CESAREA + LIGADURA. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLÍNICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN POR DISNEA DE MODERADOS ESFUERZOS POR LO CUAL LLEVABA CONTROLES CON NEUMOLOGÍA EN HOSPITAL Y LE REALIZAN INTERCONSULTA CON OTORRINOLOGÍA EL MISMO QUE LE DICE QUE TIENE PROBLEMAS EN LOS CORNETES NASALES (NO SABE DEFINIR CUALES) ADÉMÁS PACIENTE PRESENTA TOS CON EXPECTORACIÓN VERDOSA DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN, NIEGA FIEBRE, SUDORACIONES NOCTURNAS U OTRA SINTOMATOLOGÍA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. SIGNOS VITALES DENTRO DEL RANGO ACEPTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	J343	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-26	10:13	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-03-26	10:13	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

