

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	RIVAS	NOHELIA LISSETH	27	11	2009	15 años, 11 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315510329	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LA ESPERANZA y NO REFIERE	098-023-8068 / (05)-302-8550
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	1315510329	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	11	05
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 ADOLESCENTE FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD, CON APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 65 %, ES TRAÍDA POR SU CUIDADORA (MADRE) POR DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR EN REGION NASAL LUEGO DE SUFRIR CAIDA TRAS CONVULSION HACE 7 DIAS APROXIMADAMENTE, LA CUAL LE PROVOCO EPISTAXIS DURANTE 2 HORAS APROXIMADAMENTE EL CUAL NO CEDIA MOTIVO POR EL CUAL ACUDIO AL HOSPITAL DE CHONE DONDE FUE EVALUADA EN EMERGENCIA Y TRAS REALIZAR RX SE RECOMENDO SEGUIMIENTO POR OTORRINORINGOLOGIA. MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MADRE DE LA PACIENTE CUENTA CON RX REALIZADA EL: 24/10/2025 . NUMERO DE TELEFONO: NUMERO DE MADRE : 0963352085 . PADRE: 0978631659

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-05	12:56	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	

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
2025-11-05	12:56	Medicina Rural	ANNY ARLINE MUÑOZ MENDOZA	1313824250	