

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	CISNERO	SUSANA JAMILETH	18	11	2007	16 años, 10 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315560506	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN ANTONIO y	099-334-5215 /
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	1315560506	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	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 FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE POR REFERENCIA CADUCADA, PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR OBSTRUCCION NASAL, CEFALEA, RINORREA Y DOLOR EN AREA NASAL. INIDICA SU FAMILIAR QUE HACE 9 AÑOS ATRAS TUVO TRAUMA EN AREA NASAL Y POSTERIOR A ESO EMPEZO A TENER MOLESTIAS, NO HA TENIDO MEJORIA DE SU CUADRO TRAS MEDICACION CON MOMETAZONA Y CETIRIZINA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALIDAD POR DESVIACION DE TABIQUE NASAL QUE CAUSA CUADRO FALEA, RINORREA Y DOLOR EN AREA NASAL. Y NO HA MEJORADO CON MEDICACION. EN TAC SE EVIDENCIA DESVIACION DE TABIQUE NASAL Y CRESTA DEL LADO DERECHO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-18	12:30	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	131541988	 Firmado electrónicamente por: DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE

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
2024-09-18	12:30	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	