

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	PARRAGA	LEONARDO SAUL	19	04	2002	22 años, 8 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315574374	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	AV SIXTO DURAN BALLEN y	099-012-9870 /
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	1315574374	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	12	30
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

HOMBRE DE 22 AÑOS, APP: SINUITIS DESDE LOS 5 AÑOS, APQX: NO REFIERE, APF: ABUELA PATERNA Y MATERNA DM2 Y ABUELO PATERNO HTA, ALERGIAS NO REFIERE, ACUDE A ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ODINOFAGIA, CONGESTION NASAL, SECRECION NASAL ABUNDANTE, TOS PRODUCTIVA. REFIERE EPISODIOS GRIPALES RECURRENTES QUE OCASIONAN CEFALEA EN REGION FRONTAL REFIERE USO CORTICOIDES INHALADOS Y SPRAY MARIMER, LORATADINA 10 MG PRN, PERO MANTIENE MOLESTIAS. HOY ASINTOMATICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX SENOS PARANASALES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS FRONTAL CRONICA	J321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-30	08:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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 clínico

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
2024-12-30	08:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	