

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	ZAMBRANO	JULEY BERENICE	01	05	2008	16 años, 4 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315704187	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA QUIROGA y	097-934-7442 /
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	1315704187	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	09	23
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

MUJER DE 16 AÑOS CON ANTECEDENTES DE HIPERTROFIA A LAS ADENOIDES DE LARGA DATA CONCUADRO CLINICO , DE 1AÑO DE EVOLUCION CARATERIZADOS POR RINORREA CAUSÁNDOLE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, ADEMAS DOLOR EN REGIÓN NASAL DE MODERADA INTENSIDAD (7/10). , REFIERE EPISTAXIS AL REALIZAR ACTIVIDAD FISICA INTENSA, ASI MISMO DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO POR LA DIFICULTAD RESPIRATORIA. MADRE INDICA QUE SUFRE CUADROS GRIPALES A REPETICIÓN. REFIERE USO DE LORATADIAN Y MOMETASONA SPRAY, SIN MEJORIA DE CUADRO, REFIERE RONQUIDOS NOCTURNO. AL EXAMEN FISICO, NARIZ PRESENCIA DE POLIPOS NASALES EN FOSAS NASALES BILATERAL HOY CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA YA DESCRITA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE SENOS PARANASALES PRESENCIA HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-23	12:52	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
2024-09-23	12:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	