

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	BASURTO	NAYELY GISSELA	18	10	2005	20 años, 7 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	1315799641	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BRAVO GRANDE y	099-003-8847 /
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	1315799641	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	05	27
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 FEMENINA DE 20 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, AA: NO REFIERE ACUDE PORQUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR OBSTRUCCIÓN NASAL DE EVOLUCIÓN PROGRESIVA, ASOCIADA A RESPIRACIÓN ORAL, CONGESTIÓN NASAL PERSISTENTE, DISMINUCIÓN DEL FLUJO AÉREO NASAL Y EPISODIOS DE RONQUIDO, COMPATIBLE CON HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES. REFIERE TAMBIÉN MOLESTIA FACIAL LEVE Y SENSACIÓN DE PRESIÓN NASAL INTERMITENTE, SIN EVIDENCIA DE EPISTAXIS NI SECRECIÓN PURULENTO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN. POR PERSISTENCIA DE LOS SÍNTOMAS Y AFECTACIÓN DE LA VÍA AÉREA NASAL, SE CONSIDERA NECESARIA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN ESPECIALIZADA Y MANEJO DEFINITIVO. 0959838417

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	12:20	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-05-27	12:20	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

