

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GARCIA           | LOOR             | CARLOS ANDRES | 21                  | 03  | 1995 | 30 años, 4 meses, 8 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315931459        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | CHONE y                      | /                   |
| 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                 | 1315931459      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                      | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|----------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2025  | 07  | 29  |
| 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 DE 30 AÑOS APP RINITIS ALERGICA ACUDE POR CUADRO CLINICO DE MESES DE EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR CEFALEA, ANOSMIA, Y PERDIDA DE LA AUDICION PROGRESIVA. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. PACIENTE ACTIVO REACTIVO AFEBRIL. COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| ANOSMIA     | R430   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO    | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2025-07-29 | 15:32 | Medicina Rural | PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS | 930317268 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|-----------|-------|
| 2025-07-29 | 15:32 | Medicina Rural | PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS | 930317268 |       |