

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARDENAS	MOREIRA	DAYLIN ANTONELA	22	05	2001	24 años, 2 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315931632	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	096-256-8137 / (00)-000-0000
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	1315931632	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	08	14
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 24 AÑOS, APP: NO REFIERE, AQX: CESÁREA,APF: DM2 ABUELA MATERNA. OCUPACIÓN: LCDA. DE ENFERMERÍA. VACUNACIÓN: COMPLETA (SIG. DOSIS DE DT EN MAYO 2026). PACIENTE QUE PRESENTA OBSTRUCCIÓN NASAL BILATERAL DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN, RINORREA HIALINA PERSISTENTE, ESTORNUDOS FRECUENTES Y PRURITO NASAL. REFIERE EMPEORAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS EN EXPOSICIÓN A POLVO Y CAMBIOS CLIMÁTICOS. A LA EXPLORACIÓN SE EVIDENCIA DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL CON REDUCCIÓN DEL CALIBRE DE LA FOSA NASAL IZQUIERDA, MUCOSA NASAL EDEMATOSA Y TURBINADOS HIPERTRÓFICOS. SÍNTOMAS NO RESPONDEN ADECUADAMENTE A TRATAMIENTO MÉDICO CON ANTIHISTAMÍNICOS Y LAVADOS NASALES. SE REQUIERE EVALUACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-14	14:05	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-08-14	14:05	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

