

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LUCAS	AXER EMILIANO	16	11	2008	16 años, 9 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315974202	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUERTO ARTURO y	097-269-3862 /
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	1315974202	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	08	18
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	☐	POLIPO NASAL	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. APQX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SLAUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE MASA EN ORIFIO NASAL DERECHO. AL INTERROGATORIO REFIERE DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y DOLOR EN REGION. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA LA PRESENCIA DE POLIPO NASAL EN ORIFICIO NASAL DERECHO DE APROX 2 CM DE DIAMETRO. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0981646818
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIPO NASAL, NO ESPECIFICADO	J339		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-18	08:59	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-08-18	08:59	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

