

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GRIJALVA	CARRANZA	MELANY LILIANA	03	03	2009	16 años, 6 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316198686	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE y	098-989-4840 /
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	1316198686	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	09	22
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

FEMENINA DE 16 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR LESIONES DERMATOLOGICAS DE CARACTERISTICAS: COLOR: ROSADO QUE CAMBIA A COLORACION AMARILLA, PLANA, DE BORDES DEFINIDOS, NO PRURIGINOSAS DOLOROSAS A LA PALPACION. SE ENVIA LABORATORIOS POR SOSPECHA DE TROMBOCITOPENIA. MADRE DE ADOLESCENTE MENCIONA HABERLE REALIZADO TOMOGRAFIA DEBIDO A PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEAS RECURRENTES SIN EMABRGO NO TRAE INFORME NI IMAGENES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA: TAC DE CEREBRO: NO SE OBSERVA ALTERACIONES EN LA DENSIDAD DEL PARENQUIMA CEREBRAL CEREBELO Y TRONO ENCEFALICO CIN EVIDENCIAS DE ALTERACIONES EN SU DENSIDAD SISTEMA VENTIRCULAR SIN DILATACION CISTERNAS Y ESPACIOS SUBARACNOIDEOS CONSERVADOS LINEA INTERHEMISFERICA CENTRALIZADA NO S EVIDENCIAN LESIONES EN PARTES OSEAS ENGROSAMIENTO DE LA MUCOSA DE LOS SENOS PARANALES MAXILARES, SUGESTIVO DE SINUSITIS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J019	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-22	14:00	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2025-09-22	14:00	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

