

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DE LA CRUZ DE LA CRUZ JENNY LILIANA	DE LA CRUZ	JENNY LILIANA	02	09	1999	26 años, 7 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316321676	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MARANATHA y	099-498-6658 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316321676	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	04	06
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 FEMENINO DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE JUNTO A SU MADRE, QUIEN REFIERE QUE PRESENTA TOS PAROXISTICA Y DISNEA DE 8 MESES DE EVOLUCION, ACOMPAÑADA DE DISFONIA,, MADRE REFIERE QUE TUVO CONSULTA CON NEUMOLOGIA 26 DE MARZO Y EL MIÉRCOLES 1 DE ABRIL INTERCONSULTA CON OTORRINOLARINGOLOGIA. MADRE DECIDE ACERCARSE AL CENTRO DE SALUD SOLICITANDO LA REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO. A VALORACION SIGNOS VITALES ESTABLES, AFEBRIL, AL EXAMEN FISICO CAMPOS PULMONARES LIMPIOS, SE EVIDENCIA QUE CADA QUE INTENTA HABLAR PRESENTA TOS Y DISFONIA. POR EVOLUCION CRONICA DE TOS PAROXISTICA MAS DISFONIA SE REALIZA REFERENCIA A CHONE A OTORRINOLARINGOLOGIA HOSPITAL NAPOLEON DAVILA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES PEDIDOS POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISFONIA	R490		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-06	10:04	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	

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
2026-04-06	10:04	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	