

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	GUERRERO	NAYELY MARYLU	09	10	2001	23 años, 10 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316539251	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	BALZAR 3 y	097-886-1606 /
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	1316539251	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	08	15
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 23 AÑOS , APP: PREEMCLAPSIA. APF: MADRE: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, ABUELA MATERNA ELA+ HTA Y ABUELA PATERNA CANCER DE TIROIDES + HTA ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE POR RINITIS ALERGICA DE LARGA DATA DE EVOLUCION, EL CUAL MENCIONA NO HA TENIDO NINGUNA VALORACION MEDICA POR ESPECIALISTA Y NO CUENTA CON MEDICACION ESPECIFICA. REFIERE HABER TOMADO LORATADINA 10MG , ALERCET 10 MG ,DESDE HACE 2 AÑOS APROXIMADAMENTE. ADEMAS REFIERE QUE EN OCACIONES USA SALBUTAMOL INHALADOR,PACIENTE ACUDE POR PERSISTENCIA DE SINTOMAS RESPIRATORIOS QUE INTERFIEREN EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS . MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Na

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES	J343	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-15	13:11	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-08-15	13:11	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	