

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HOLGUIN	MERO	HEIDY NOHELY	17	05	2002	22 años, 10 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316638715	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PITAJAYA y	096-368-6852 /
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	1316638715	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	03	16
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 22 A, AP: NR, AQX: SEPTOPLASTIA (2020), AF: HTA, DM, ACUDE A CENTRO DE SALUD POR MOTIVO DE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD A NIVEL DE REGION NASAL. MENCIONA QUE EN OCASIONES LLEGA A SER DE INTENSIDAD SEVERA GENERANDO CEFALEA. PACIENTE REFIERE QUE POSTERIOR A SEPTOPLASTIA NO LLEVO CONTROL CON ESPECIALIDAD. AL EXAMEN FISICO NO SE VISUALIZA ERITEMA, EDEMA O SIGNOS DE INFLAMACION, A LA INSPECCION DE CAVIDADES NAALES NO SE VISUALIZA LESIONES O PRESENCIA DE MASAS. A LA PALPACION PRESENTA LEE SENSIBILIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TRAE EXAMENES DE IMAGEN NI LABORATORIOS
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA NARIZ Y DE LOS SENOS PARANASALES	J348		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-16	01:41	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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 clínico

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
2025-03-16	01:41	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	