

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VILLAPRADO	HEIDY IVANETH	26	08	2009	16 años, 4 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316977238	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO EL CUELLO y	098-726-9494 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316977238	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	01	20
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

ADOLESCENTE FEMENINA DE 16 AÑOS, ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA A CONSULTA POR ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE Y SOLICITUD DE REFERENCIA PARA OTORRINOLARINGOLOGIA POR DIAGNOSTICO DE SINUSITIS HACE 4 AÑOS, MENARCA: 10, MENSTRUACION REGULAR A LOS 4 AÑOS TUVO UN ABSCESO MAMARIO IZQUIERDO , AUMENTO DE LA HORMONA PROLACTINA A LOS 13 AÑOS, SE TRATO CON ENDOCRINOLOGO. AL MOMENTO REFIERE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DIFICULTAD PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA + INSOMNIO + DOLOR EN LA ZONA ORBITARIA DE LOS OJOS + CACOSMIA, CEFALEA, NO PUEDE EXPONERSE AL POLVO PORQUE EMPEORAN LOS SINTOMAS, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DIAGNOSTICO DE SINUSITIS HACE 4 AÑOS, SE REALIZO ALGUNAS SESIONES DE NEBULIZACIONES PARA PODER MOVILIZAR SECRECIONES DURANTE 4 AÑOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-20	14:10	Medicina Rural	MELANY FERNANDA VELASQUEZ ZAMBRANO	2350415069	

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
2026-01-20	14:10	Medicina Rural	MELANY FERNANDA VELASQUEZ ZAMBRANO	2350415069	

