

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| PARRAGA          | DUEÑAS           | LISBETH ELIZABETH | 16                  | 12  | 1999 | 25 años, 7 meses, 30 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |            |            | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|------------|------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1317024121        | MANABI              | ROCAFUERTE | ROCAFUERTE | VIA ROCAFUERTE y             | 098-244-0320 /      |
| 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                 | 1317024121      | VALDEZ                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D12 / 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 25 AÑOS DE EDAD, CON APP DE RINITIS INFLAMATORIA, DE MAS DE 2 AÑOS, ESTUVO EN TRATAMIENTO POR 2 MEDICOS ESPECIALISTAS, SE MANTIENE CON CEFALEA DE ELEVADA INTENSIDAD, NO CESA MOLESTIA CON MEDICACION, ULTIMO ESPECIALISTA REFIRIO QUE SI NO MEJORABA CUADRO CLINICO ERA DE OPERACION, ADEMAS REFIERE QUE EN TOMOGRAFIA HACE MENOS DE UN AÑO SE DETECTO MASA (PACIENTE NO SABE EXPLICAR CON EXACTITUD), SE REALIZA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

| Diagnóstico     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------|--------|-----|-----|
| RINITIS CRONICA | J310   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-15 | 15:41 | Medicina Rural | ANA MARIA DELGADO PINARGOTE | 1310555956 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2025-08-15 | 15:41 | Medicina Rural | ANA MARIA DELGADO PINARGOTE | 1310555956 |       |