

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PAZMIÑO	VELIZ	NASHLY NAHOMY	15	08	2012	12 años, 6 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	1317131538	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL PUEBLITO DE RIO GRANDE y	099-907-7521 /
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	1317131538	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	21
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 12 AÑOS, APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPISTAXIS EN FOSA NASAL IZQUIERDA. PACIENTE REFIERE VERTIGO, DECAIMIENTO, NO VOMITOS, CEFALEA DE GRAN INTENSIDAD, MENCIONA SANGRADO NASAL EN COAGULOS 3-4 VECES AL DIA. MADRE MENCIONA QUE HACE 1 SEMANA ACUDIO A EMERGENCIA PERO NO LE DAN SOLUCION ALGUNA EN LAS REPETIDAS OCASIONES POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA. SE BRINDA ATENCION AMIGABLE DEL ADOLESCENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISTAXIS	R040	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-21	11:53	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-02-21	11:53	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	