

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILCES	CEVALLOS	JOSTIN JOHAO	05	03	2007	19 años, 4 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317571063	MANABI	JUNIN	JUNIN	CALLE ELOY ALFARO y SN	096-736-5856 / (05)-268-9458
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	1317571063	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	07	07
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 MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ALERGIAS RESPIRATORIAS A REPETICION QUE SE AGUDIZAN A LOS CAMBIOS DE CLIMA, Y DE TEMPERATURA, SE PRESENTA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA, OBSTRUCCION NASAL ADEMAS REFIERE RINORREA DE CONSISTENCIA TRANSPARENTE REFIERE QUE LA LORATADINA YA NO SURGE EFECTO, HA LLEVADO TRATAMIENTO ADEMAS CON ALERCET D, CLARICORT CON POCA MEJORIA CLINICA SIN EMBARGO ES LO QUE MAS LE AYUDA. POR LA NO EVOLUCION FAVORABLE SE DECIDE REFERIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA OBSTRUCCION NASAL Y RINORREA HIALINA PRESENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ALERGIA NO ESPECIFICADA	T784		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	11:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-07-07	11:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	