

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JARRIN	ZAMBRANO	ASHLEY NALLELI	16	08	2008	16 años, 1 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350290985	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LAS PLAYITA y	099-239-4796 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area	
MSP	1350290985	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	09	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD. APP: RINITIS - SINUSITIS. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE APROX 2 AÑOS QUE SE CARACTERIZA POR CONGESTIÓN NASAL, QUE SE ACOMPAÑA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN ÚLTIMOS DÍAS. INDICA ESTAR ACTUALMENTE CON TRATAMIENTO (LEVOCETIRIZINA/MONTELUKAST + INHALADOR CORTICOIDE) QUE MEJORA MOMENTANEAMENTE. MADRE QUIEN ACOMPAÑA REFIERE TENER DESVIACION DE TABIQUE NASAL Y CUADROS DE RINOSINUSITIS A REPETICION. TRAE CONSIGO RX EN EL QUE SE EVIDENCIA DESVIACION DE TABIQUE NASAL. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. NO OTRA SINTOMATOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : CRANEO: SE EVIDENCIA DESVIACION DE TABIQUE NASAL

5. Diagnóstico

	Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	J342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-24	10:03	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	 Firmado electrónicamente por: CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:						
/						
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
2024-09-24	10:03	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	