

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| INTRIAGO         | SANCHEZ          | AMY NATHALY | 20                  | 06  | 2012 | 13 años, 2 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350306567        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | LA SABANA y                  | 099-986-1915 /       |
| 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                 | 1350306567      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología |  | 2025  | 09  | 08  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad         |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                                           |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada                            | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                                        | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | EPITAXIS RECURRENTES. DOS EPISODIOS DE MODERADA CANTIDAD. |                                     |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD APP: DE DISCAPACIDAD FISICA 75%, EN REMISION POR LEUCEMIA. ACUDE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR SANGRADOS NASALES DE ESCASA CANTIDAD VARIAS VECES A LA SEMANA DE 4 MESES EVOLUCIÓN. REFIERE DOS EPISODIOS DE MODERADA CANTIDAD EN LA CUAL TUVO QUE RECURRIR AL AREA DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL. REFIERE ULTIMO SANGRADO HACE UN MES. AL EXAMEN FISICO NO SE EVIDENCIA PATOLOGIA. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TP: 15/08/2025: TIEMPO DE COAGULACION: 5.15 // TP: 12.00 // INR: 1.08 // ACTIVIDAD DE LA PROTOMBRINA 100 // TTP: 38.10. NUMERO 0999861915 //

5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| EPISTAXIS   | R040   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-08 | 14:15 | Medicina Rural | JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA | 1314595487 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2025-09-08 | 14:15 | Medicina Rural | JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA | 1314595487 |       |

