

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	PISCO	AILYN SHARAY	11	07	2012	13 años, 11 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350328108	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO y	099-304-7336 /
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	1350328108	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	07	08
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

☐

hipertrofia de cornetes + desviación detabique septal

3. Resumen del cuadro clinico

PACEINTE CON CEFALEA , MAREOS, ASTENIA, Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR, REPORTA MENSRTUACIONES QUE DURAN 4 DÍAS CON ABUNDANTE SANGRADO TRAE RX DE SENOS PARANASALES HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES CON OCLUSIÓN DEL 95% DE AMBAS FOSAS NASALES SIN MEJORA A PESAR DE TTO CON CORTICOIDES + DESVIACIÓN DE TABIQUE NASAL Y LABORATORIO EL Hemoglobina 12.6 g/dL 13 - 17 Hematocrito 38.1 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 79.9 µm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 26.4 pg 27 - 31 SE ENVIA PARA ORL velizpiscojosselyn@gmail. com 0959486189

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

adjunto.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NAALES	J343		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	11:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-07-08	11:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

