

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	CEDEÑO	GABRIELA MORELIA	11	07	2003	22 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350911226	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SN y	093-136-0835 /
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	1350911226	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	12	29
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 22 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR Y MOLESTIA A NIVEL DE LA REGIÓN FRONTAL DE LA CABEZA, DE VARIOS DÍAS DE EVOLUCIÓN, DE CARÁCTER OPRESIVO, ASOCIADO A SENSACIÓN DE PRESIÓN FACIAL. NIEGA TRAUMA CRANEAL RECIENTE, PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA, ALTERACIONES VISUALES O NEUROLÓGICAS. REFIERE EPISODIOS PREVIOS SIMILARES. CUADRO CLÍNICO ORIENTA A PATOLOGÍA DE ORIGEN RINOSINUSAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA DOLOR A LA PALPACIÓN EN REGIÓN FRONTAL, CON SENSACIÓN DE PRESIÓN FACIAL. MUCOSA NASAL CONGESTIVA A LA RINOSCOPIA ANTERIOR, SIN SECRECIÓN PURULENTE EVIDENTE. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES. CUADRO CLÍNICO SUGESTIVO DE PATOLOGÍA RINOSINUSAL, COMPATIBLE CON SINUSITIS FRONTAL, QUE AMERITA VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y DEFINICIÓN DE MANEJO TERAPÉUTICO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS FRONTAL AGUDA	J011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-29	22:12	Medicina Rural	RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO	1313445387	

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
2025-12-29	22:12	Medicina Rural	RAMON JAMIL VELEZ QUEVEDO	1313445387	

