

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
E31		1421	HOSPITAL BASCO CHONE			1351173792		659161	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
ZAMBRANO		VELEZ		NAN		DARIO		M	23/04/20
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO	
		PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA				X		1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	
MANABÍ CHONE CHONE								☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
WSP	NAPOLEÓN DAVILA CORDOBA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINO

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
PACIENTE DE 16 AÑOS SE REALIZA CITA POR CUADRO DE DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS CON RM SENOS NASALES 28/7/2025 HIPERTROFIA DE CORNETES MEDIOS E INFERIORES CON COMPROMISO VENTILATORIO MAS SEPTUM DESVIACION NASAL LEVOCONVEXA PRESENCIA DE ESPUELON QUE CONECTA EL CORNETE INFERIOR IZQUIERDO HIPERTROFIA DE ADENOIDES	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
RM SENOS PARASALES	

E. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESENTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	J342 DESVIACION DEL TABIQUE NASAL		J342		X			
2.	J339 POLIPO NASAL, NO ESPECIFICADO		J339		X			
3.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
22/09/2025	14H30	ROSSY	PARRALES
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SEGUNDO APELLIDO	
1311879322		GILER	
		SELLO	
		Dra. Rossy Parrales Giler MEDICINA FAMILIAR CI: 1311879322 REG. SENEYU CU-15-14455	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESENTIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.								
2.								
3.								

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO	