

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	SALTOS	KIMBERLY YULEXY	18	05	2010	14 años, 4 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351201163	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE FLORIDA y	999-999-9999 /
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	1351201163	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	10	16
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 clinico

PACIENTE CON ATENCEDENTES DE SINUSISTIS EN LA NIÑEZ ACUDE A CONSULTRA EN COMPAÑIA DE LA MADRE. LA CUAL INDICA QUE LA PACIENTE DESDE LA NIÑEZ PRESENTO SINUSISTIS Y LLEVABA CONTROL CON PEDIATRIA LA CUAL LA REFIRIO A OTORRINO DONDE PERDIERON LA CITA CORRESPONDIENTE Y POSTERIORMENTE EL CONTROL QUE LLEVABA CON PEDIATRIA. LA PACIENTE INDICA PRESENTAR SINTOMATOLIGIA DOLORES DE CABEZA FRECUENTES, CONGESTIO Y SECRESION NASAL ACOMPAÑADO DE DOLRES DE GARGANTA Y GOTEO RETRONASAL. PACIENTE AFEBRIL Y ALERTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A LA INSPECCION SE OBSERVA GOTEO NASAL, COGESTION. A LA PALPACION DE SENOS PARANASALES PRESENTA DOLOR MODERADO A LA DIGITO PRESION.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA	J329	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-16	08:24	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	

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
2024-10-16	08:24	Medicina Rural	FLAVIO CESAR ACOSTA AVEIGA	1314008556	