

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	GOMEZ	DEYTON ERASMO	16	04	2014	11 años, 3 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351648348	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	1 y	000-000-0000 /
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	1351648348	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	21
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 MASCULINO DE 11 AÑOS DE EDAD, APP: LABIO LEPORINO Y PALADAR HENDIDO APQX: QUEILOPLASTIA HACE 6 AÑOS. ALERGIAS. NO REFIERE. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE QUIEN REFIERE CUAFRO CLINICO CARACTERIZADO POR EPISTAXIS DE DOS DIAS DE EVOLUCION ,ADEMAS REFIERE CEFALEA DE LEVE INTENSIDAD EN ZONA FRONTAL , MADRE REFIERE QUE DESDE QUE SE OPERO EL LABIO LEPRONO PRESENTA CADA 6 MESES EPISODIOS DE EPISTAXIS. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO: FOSAS NAALES: MUCOSA NASAL ERITEMATOSA, SE EVIDENCIA COSTRAS SEROHEMATICAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISTAXIS	R040		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	11:12	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-07-21	11:12	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	