

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	CEDEÑO	JESUS XAVIER	21	01	2015	9 años, 7 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352024986	MANABI	CHONE	CHONE	CUIDADELA SANTA RITA	099-650-3883 /
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	1352024986	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringologia	2024	09	18
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 9 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO RINITIS ALERGICA MADRE REFIERE INFECCIONES RESPIRATORIAS RECURRENTES ALERGIAS MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL MOMENTO AFEBRIL, ASINTOMÁTICO, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EXAMEN FISICO NORMOCEFALO, MUCOSAS HÚMEDAS, OROFARINGE HIPERÉMICA, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, CSPS VENTILADOS, RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. MEDIDAS GENERALES, ALIMENTACIÓN SALUDABLE, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN, ASEO DIARIO, PARACETAMOL, SUERO ORAL, LORATADINA, SIGNOS DE ALARMA. REFERENCIA A SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA PARA VALORACION Y TRAMIENTO ESPECIALIZADO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON HIPERTROFIA DE CORNETES AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-18	15:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

