

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FREIRE	GARCIA	KAMILA SARAHI	23	03	2017	8 años, 7 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	1352582579	MANABI	CHONE	BOYACA	EL CAPRICHIO y	093-952-3481 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1352582579	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	11	20
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 FEMENINO DE 8 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTE DE RINITIS ALERGICA., ACUDE CON SU FAMILIAR EN EL CUAL MANIFIESTA RONQUIDO POR LAS NOCHES, RINORREA CONSTANTE DE COLORACION AMARILLENTA, DOLOR, REFIERE PRESION EN ROSTRO ALREDEDOR DE LOS OJOS Y NARIZ, E HIPOSMIA, EN OCASIONES SE LE DIFICULTA RESPIRAR CON PREDOMINIO EN LAS NOCHES. REIFERE HACERSE REALIZADO TRATAMIENTO CON SPRAY NASAL SIN RESULTADOS, ADEMAS, ESTÁ EN TRATAMIENTO CON DEGRALER PARA RINITIS. ANTE LA SOSPECHA DE SINUSISTIS AGUDA, SE REALIZA REFERENCIA PARA PEDIATRIA PARA VALORACION Y POSTERIOR MANEJO. TELEFONO: 0939523481 (TIA ROSITA).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0939523481 (TIA ROSITA).

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	J019	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-20	15:21	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-11-20	15:21	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	