

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                   |                                                                                                                                                                        |                |                                  |                   |                                                                                                                                                           |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                                                                                                                                               | TIPOLOGÍA      | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |                                                                                                                                                           |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |
| MSP                                   | 4443              | C.S. ROCAFUERTE                                                                                                                                                        | B              | 1352614133                       | 1352614133        |                                                                                                                                                           |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                          | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                                                                                                                                                      | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |  |  |  |
| MEDINA                                | ZAMBRANO          | SHEYLA                                                                                                                                                                 | GUADALUPE      | F                                | 2017-06-02        | 8                                                                                                                                                         | H                       | D | M | A |  |  |  |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA                                                                                                                                                             | X              | DERIVACIÓN                       |                   | MOTIVO                                                                                                                                                    |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |
| 0995706691 - 0978939381               | MSP               |                                                                                                                                                                        |                |                                  |                   | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                   | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                |                                  |                   |                                                                                                                                                           |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                                                                                                                                                              |                |                                  |                   |                                                                                                                                                           |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |
| MANABI                                | ROCAFUERTE        | ROCAFUERTE                                                                                                                                                             |                |                                  |                   |                                                                                                                                                           |                         |   |   |   |  |  |  |  |  |

## B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                  |                  |                      |
|-------------------------|----------------------------------|------------------|----------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         | SERVICIO         | ESPECIALIDAD         |
| MSP                     | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | CONSULTA EXTERNA | OTORRINOLARINGOLOGÍA |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 8 AÑOS DE EDAD SIN APP APF NI ALERGIAS TRAIDA A CONSULTA POR SU MADRE PARA CONTROL GENERAL DE SALUD FAMILIAR  
REFIERE PRESENCIA DE OBSTRUCCIÓN NASAL EFALÉAS A REPETICIÓN Y RONQUIDOS FUERTES DURANTE LA NOCHE AL EZAMEN FÍSICO SE OBSERBA ASIMETRÍA  
ENTRE LAS DOS NARINAS, AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE ACTIVA Y MADRE COLABORADORA AL INTERROGATORIO SIGNOS  
VITALES: PESO 33,3 KG TALLA 129 CM TEMPERATURA 36,5°C SE ENVÍA REFERENCIA PARA VALORACIÓN CON ESPECIALISTA PARA MANEJO Y ABORDAJE  
ADECUADO DEL CASO AL HOSP NAPOLEON DAVILA POR INADECUADA CAPACIDAD RESOLUTIVA

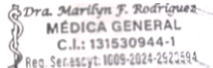
## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SOLICITADOS Y A ESPERA DE RESULTADOS

## E. DIAGNÓSTICO

|    | PRE= PRESUNTIVO              | DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|------------------------------|-----------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | DESVIACIÓN DEL TABIQUE NASAL |                 | J342 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2. |                              |                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                              |                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

## F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |                                                                                                                                                         |                                                                                     |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                           | PRIMER APELLIDO                                                                     | SEGUNDO APELLIDO |
| 16/7/2025                             | 15:30        | MARILYN                                                                                                                                                 | RODRIGUEZ                                                                           | FORTIS           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA                                                                                                                                                   | SELLO                                                                               |                  |
| 131530944-1                           |              | <br>Firmado electrónicamente por:<br>MARILYN FERNANDA RODRIGUEZ FORTIS |  |                  |

## G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | NO |
| CONTRAREFERENCIA       |    |    | REFERENCIA INVERSA     |    |    |

## A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |           |                          |           |                                  |                   |
|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA | 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= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. |                 |                 |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2. |                 |                 |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3. |                 |                 |     |     |     | 6. |     |     |     |

## 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 | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |