

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	ROSERO	THIAGO SEBASTIAN	26	06	2018	7 años, 5 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352901134	MANABI	CHONE	RICAURTE	VIA CHONE QUITO y EL LIMON	098-744-1285 /
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	1352901134	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	15
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 DE 7 AÑOS DE EDAD ES TRAI DO POR SU MADRE DEBIDO A TOS SECA DE LARGA DATA, MADRE REFIERE TOS A REPETICION, INDICA QUE CON EL CAMBIO DE CLIMA, LA MOLESTIA AUMENTA, TAMBIEN NOS REFIERE DARLE LORATADINA EN VARIAS OCASIONES PERO NO ENCUENTRA MEJORIA, LABORATORIOS NORMALES, SE ENVIA PUFF DE MOMETASONA, SE INICIAN TRAMITES PARA REFERENCIA CON PEDIATRIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA PARA REVALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 7 AÑOS DE EDAD ES TRAI DO POR SU MADRE DEBIDO A TOS SECA DE LARGA DATA, MADRE REFIERE TOS A REPETICION, INDICA QUE CON EL CAMBIO DE CLIMA, LA MOLESTIA AUMENTA, TAMBIEN NOS REFIERE DARLE LORATADINA EN VARIAS OCASIONES PERO NO ENCUENTRA MEJORIA, LABORATORIOS NORMALES, SE ENVIA PUFF DE MOMETASONA, SE INICIAN TRAMITES PARA REFERENCIA CON PEDIATRIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA PARA REVALORACION

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-15	14:32	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-12-15	14:32	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

