

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	SABANDO	SAILYN DAYANARA	13	07	2018	7 años, 11 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352914731	MANABI	JUNIN	JUNIN	SITIO MORALITO FRENTE DE LOS MUROS DE GABIONES y 0	099-247-5639 /
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	1352914731	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	24
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑOS Y 11 MESES DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SALUD ANTERIOR QUE ACUDE A CONSULTA JUNTO A SU PAPA QUIEN REFIERE QUE SE ENCUENTRA CON EPISTAXIS DESDE HACE 5 AÑOS DE EVOLUCION QUE LLEVO INTERVENCION QUIRURGICA CON CAUTERIZACION DE VASOS SANGUINEOS EN DOS OCASIONES QUE MEJORO SIN EMBARGO HACE POCOS MESES EL CUADRO HA VUELTO A EVIDENCIARSE CON MAS INTENSIDAD, AFEBRIL, TOLERA BIEN LA VIA ORAL, ORINAS AMPLIAS Y CLARAS, DEFECA SIN DIFICULTAD. PACIENTE PRESENTA SANGRAMIENTO NOCTURNO CON MAYOR INTENSIDAD POR LA NO MEJORIA SE DECIDE REFERIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA SANGRAMIENTO NASAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISTAXIS	R040		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	23:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-24	23:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

