

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUDEZ	RIVERA	JHOAN JESUS	07	09	2018	6 años, 1 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352958142	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CENTENARIO y	099-847-8251 /
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	1352958142	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	10	08
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

CADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LA PRESENCIA DE POLIPOS NASALES Y HIPERTROFIA DE CORNETERS NASALES , ACOMPAÑADO DE DOLOR NASAL, RONQUIDO, APNEA DEL SUEÑO Y PROBLEMAS PARA PODER COINCILIAR EL SUEÑO Y EN OCASIONES PRODUCE DIFICULTAD RESPIRATORIA. EXAMEN FISICO: DISMINUCION DE ESPACIO NASAL IZQUIERDO, POLIPO NASAL DERECHO (PEQUEÑO). FRAGILIDAD CAPILAR CON MAYOR PREDOMINIO DEL LADO DERECHO. AMIGADALA DERECHA HIPERTROFICA III. EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDE NASAL POR UN MES CONSECUTIVO EN EL CUAL CUARO CLINICO HA PRESENTADO MEJORIA,. PLAN FARMACOLOGICO: ANTIBIOTICO TOPICO NASAL 1 VEZ AL DIA POR UN MES . CONTINUAR CON CORTICOIDE NASAL. PLAN DX: RADIOGRAFIA DE CARA DISMINUCION DE ESPACIO DE NASAL IZQUIERDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOGRAFIA DE CARA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-08	11:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2024-10-08	11:41	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

