

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	QUIROZ	ZHOEMY PAULETTE	24	07	2021	4 años, 4 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	1353680224	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	098-635-7864 /
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	1353680224	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	12	05
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 4 AÑOS QUE PRESENTA EPISODIOS DE EPISTAXIS A REPETICIÓN, CARACTERIZADOS POR SANGRADO NASAL ESPONTÁNEO DE BREVE DURACIÓN, GENERALMENTE BILATERAL, RELACIONADO CON MANIPULACIÓN NASAL Y AMBIENTE SECO, SIN ANTECEDENTES DE TRAUMA IMPORTANTE, FIEBRE NI SIGNOS DE INFECCIÓN, SIN DATOS DE TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN NI OTROS SÍNTOMAS SISTÉMICOS ASOCIADOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EPISTAXIS A REPETICIÓN, SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIPO DE LA CAVIDAD NASAL	J330	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-05	09:31	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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