

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	PEÑA	LIAN GAEL	24	10	2021	4 años, 8 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353744764	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	NA y	093-986-2546 /
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	1353744764	FRUTILLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	07	09
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 ESCOLAR NACIDO POR CESAREA A LAS 39 SG POR FUM SIN COMPLICACIÓN , NO HOSPITALIZACIONES, ESQUEMA DE VACUNA COMPLETO PARA LA EDAD ,TALLA PESO Y DENVER ACORDE A EDAD, AL MOMENTO ACUDE JUNTO A MADRE QUIEN REFIERE QUE COMO FECHA REAL Y APARENTE HACE 10 DIAS PRESENTO EPITAXIS DE FOSA NASAL IZQUIERDA QUE CON PRESIÓN LOCAL PARA Y ANOCHE TUVO ESPISTAXIS DE LADO DERECHO SIN CAUSA APARENTE ,NIEGA ALGUN OTRO SINTOMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMNE FISICO FOSA NASAL DERECHA CON ERITEMA EN TABIQUECON VASOS TIPO ARAÑITAS , IZQUIERDA EN TABIQUE SE OBSERVA COAGULO EN SITIO DE SANGRADO ,NO SANGRADO ACTIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISTAXIS	R040	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	13:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIGNA AURENTINA MORA VINCES	1009-13-1216723	

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
2026-07-09	13:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	DIGNA AURENTINA MORA VINCES	1009-13-1216723	