

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	PAZ	JEYDER MAXIMILIANO	13	02	2022	4 años, 4 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353818717	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUERTO ARTURO y	097-940-8223 /
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	1353818717	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	07	06	
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

PREESCOLAR DE 4 AÑOS DE EDAD ACUDE CON ACOMPAÑAMIENTO MATERNO AL ESTABLECIMIENTO PARA CONTROL DEL NIÑO SANO PARA VALORACIÓN DE CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTADO NUTRICIONAL. MADRE REFIERE ALZA TERMICA DE 38 A 39 GC, DE 6 DIAS DE EVOLUCION SIN FOCO APARENTE, MADRE COMENTA OLOR FUERTE EN ORINA, Y DIFICULTAD EN LA MICCION. TRAE COMPLEMENTARIOS REALIZADOS SABADO 4 DE JULIO QUE REPORTAN LEUCOCITOSIS CON PREDOMINIO DE NEUTROFILOS 83%. ADEMAS MADRE REFIERE SEGUIMIENTO POR OTORRINOLARINGOLOGIA EN LA CIUDAD DE BAHIA DE CARAQUEZ, CON TRATAMIENTO INSTAURADO, PERO EPIXTASIS REAPARECE. MADRE TAMBIEN INDICA SEGUIMIENTO POR TERAPIA DE LENGUAJE POR LO QUE SOLICITA IC. PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. ACTIVO, REACTIVO, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	09:28	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	 Validar únicamente en FirmadC. Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO

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
2026-07-06	09:28	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

