

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALONSO	GARCES	ALINA TAHIS	20	09	2022	3 años, 4 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353968801	MANABI	CHONE	BOYACA	CALLE 27 DE JULIO y SN	0993302310 / (05)-222-2222
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	1353968801	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	02	03
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 preescolar de 3 años de edad, es traída por su madre a esta casa de salud por epistaxis de repetición, de aproximadamente 2 meses de evolución. Según refiere la representante, presenta alzas térmicas en el domicilio, persistentes pese a tratamiento previo. Al examen físico se evidencia salida de secreción mucosa por fosa nasal derecha, con signos flogísticos en la entrada nasal ipsilateral. A la manipulación, la paciente manifiesta dolor moderado.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Nariz permeable por fosa nasal izquierda e impermeable por fosa nasal derecha. A la inspección se evidencia canal nasal derecho eritematoso, con presencia de nódulo purulento y abundante secreción amarillenta, de olor fétido.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIPO NASAL, NO ESPECIFICADO	J339	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	10:45	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	

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 clínico

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
2026-02-03	10:45	Medicina Rural	KENIA JULEXY ANDRADE ZAMBRANO	1314644665	