

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	AMPUSH	YAHIMS SNEYDER	04	07	2011	13 años, 7 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	1450046808	MANABI	CHONE	RICAUARTE	VIA BARRAGAN y	000-000-0000 /
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	1450046808	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	02	27
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 MASCULINO DE 13 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APF: NO REFIERE. ALERGIA: NO REFIERE. PACIENTE QUE ACUDE CON PADRE QUIEN REFIERE EXISTE DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA DE LARGA DATA. AL EXAMEN FÍSICO: CONSCIENTE, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES. SATURACIÓN DE OXÍGENO: 98% AIRE AMBIENTE. RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS, SIN ESTRIDOR NI SIBILANCIAS. PACIENTE ACUDE CON ECOGRAFIA EN LA QUE SE EVIDENCIA DESVIACIÓN DE TABIQUE NASAL. SE SOLICITA VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA CONSIDERAR MANEJO QUIRÚRGICO SEGÚN EVOLUCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA DESVIACION DE TABIQUE NASAL POR ECOGRAFIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESVIACION DEL TABIQUE NASAL	J342		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	10:36	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-02-27	10:36	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	