

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GRANDA	VARGAS	EDISON VICENTE	04	04	1965	59 años, 8 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1704358538	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	NO APLICA y	093-951-8493 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo				Distrito/Area	
MSP	1704358538	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:						Fecha		
Red Complementaria	hospital napoleón davila		Consulta externa	Otorrinolaringología		2024	12	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ACUDE POR RETIRO DE MEDICACIÓN. AL MISMO TIEMPO TRAE RX DE SENOS FRONTALES LOS CUALES ESTÁN SIN ESPACIO AÉREO... PACIENTE YA CON TTO PERO SIGUE CON SÍNTOMAS LEVES ADEMAS DESVIACIÓN DE TABIQUE NASAL... PACIENTE CON ARTROSIS ARTRITIS Y AHORA CON POSIBLE PINZAMIENTO DEL PLEXO VERTEBRAL EN ALGÚN NIVEL CERVICAL... TIENE MOLESTIAS EN LA MANO IZQUIERDA... TIENE UN ESTADO DE DISCAPACIDAD QUE LE A HECHO SER CONSTIPADO USAR Sonda DE UNA FORMA CRÓNICA Y REQUERIR AINES DE USO PROLONGADO...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIA A SU EVALUACION...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINUSITIS FRONTAL CRONICA	J321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-16	09:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAPE	L42 F40 N119	

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
2024-12-16	09:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAPE	L42 F40 N119	

