

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO																					
MSP		1245	CS 24 H JUNIN		C	1751564806			1751564806																					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																			
LOOR		MORAN		CELINDA		MARIA		M	19/04/1997	28	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X											
H	D	M	A																											
			X																											
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO																						
09392387571 / SITIO MORALITO				☒		☐		<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td></tr><tr><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>8. Inadecuada capacidad resolutiva.</td><td>☐</td></tr><tr><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.</td><td>☒</td></tr></table>					1. Accesibilidad geográfica.	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	3. Falta de equipamiento.	☐	4. Equipos en mal estado.	☐	5. Problemas de infraestructura.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutiva.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	☒
1. Accesibilidad geográfica.	☐																													
2. Falta de espacio físico.	☐																													
3. Falta de equipamiento.	☐																													
4. Equipos en mal estado.	☐																													
5. Problemas de infraestructura.	☐																													
6. Problemas de abastecimiento.	☐																													
7. Insuficiencia de profesionales.	☐																													
8. Inadecuada capacidad resolutiva.	☐																													
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.	☒																													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		PROVINCIA																				
MANABI	JUNIN	JUNIN		MANABI		JUNIN		JUNIN		MANABI																				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINONARINGOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO	
Paciente femenina de 28 años de edad, con app de desviacion del tabique nasal, pansinusitis cronica. Acude a consulta solicitando referencia subsecuente a otorrinonaringologia ya que presenta continuar con dificultad para respirar, menciona cuadros de cefalea, rinorrea hialina y en ocasiones secrecion nasal de mal olor y actualmente esta bajo tratamiento	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	PANSINUSITIS CRONICA			J324	X		4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
10/03/2026	11:42	RONALD	LOOR	QUIROZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1312184177				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA				SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	NO
CONTRAREFERENCIA				☐	REFERENCIA INVERSA				☐		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF=	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.							4.			
2.							5.			
3.							6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		