

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CHIZA            | GUERRERO         | SANTIAGO MISAEI | 15                  | 11  | 2011 | 14 años, 8 meses, 2 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                      | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|--------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1751961176        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CDLA KENNEDY 1 y ALICIA SALTOS | 096-807-6067 / (02)-255-4308 |
| 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/Área  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------|----------------|
| MSP                 | 1751961176      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2026  | 07  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad         | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD EN COMPAÑÍA DE MADRE A OPERATIVA A CONSULTA POR ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR. REFIERE PROBLEMAS DE NARIZ TAPADA CONSTANTE, RONQUIDO, RESPIRACION BUCAL, ALERGIAS A ACAROS, FRIO. NIEGA SINTOMATOLOGÍA, AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                        | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------------|--------|-----|-----|
| SINUSITIS CRONICA, NO ESPECIFICADA | J329   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-17 | 09:01 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-07-17 | 09:01 | Medicina Rural | MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO | 1308277142 |       |