

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	ZAMBRANO	JOSE DAVID	09	05	2009	17 años, 1 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300384944	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA A TOSAGUA y	099-474-4779 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	2300384944	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	06	23
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 17 AÑOS DE EDAD, APP: DISCAPACIDAD FISICA AL 80% ACUDE POR CONTROL E INDICA QUE SE LE REALIZAO REFERENCIA PARA OTORRINO DONDE SE LE PIERDE EL TURNO Y VIENE A RELIZAR UNA NUEVA ACTUALIZACION, ADEMÁS PACIENTE CON CIRUGIA HACE 6 AÑOS POR POLIPOSIS NASAL, REFIERE HACE MESES PRESENTA OCLUSIÓN DE LUZ EN FOSA NASAL DERECHA CON RINORREA CONTINUA A LA INSPECCIÓN SE OBSERVA MASA QUE OBSTRUYE 100% DE LA LUZ NASAL DERECHA MOTIVO POR EL CUAL SE DERIVA. 0994744379

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

-

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIPO DE LA CAVIDAD NASAL	J330		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	11:33	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-23	11:33	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	