



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	001414	Ricaurte	CS	1353824079									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Fuentes	Andrade	Jordan	Jareth	H	21-02-2022	3	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0986559695		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive							X
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
		5. Problemas de infraestructura.											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Otorrinolaringología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PREESCOLAR MASCULINO 3 AÑOS DE EDAD SIN APP DE IMPORTANCIA- QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE S U MADRE- QUIEN REFIERE QUE ELPACIENTE PRESENTA RONQUIDO NOCTURNO FRECUENTE DESDE HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES- MÁS EVIDENTE DURANTE EL S UEÑOPROFUNDO. REFIERE QUE EN OCASIONES HACE PAUSAS CORTAS AL RESPIRAR MIENTRAS DUERME. NO HA PRESENTADO FIEBRE- NIINFECCIONES RESPIRATORIAS RECIENTES. S UEÑO NO REPARADOR. DURANTE EL DÍA PRESENTA IRRITABILIDAD Y SOMNOLENCIA OCASIONAL.NO HAY ANTECEDENTES DE ALERGIAS NI DE AS MA. EXAMEN FÍSICO: BUEN ESTADO GENERAL- NORMOHIDRATADO. NARINAS PERMEABLES-SIN SECRECIÓN. CAVIDAD ORAL: AMÍGDALAS HIPERTRÓFICAS GRADO II- SIMÉTRICAS- SIN EXUDADO. PALADAR Y ÚVULA VISIBLES. NO HAYADENOPATÍAS CERVICALES PALPABLES. TÓRAX: MURMULLO VESICULAR PRESENTE- SIN RUIDOS AGREGADOS. NO SE OBSERVADIS MORFIS MO FACIAL NI RETRACCIÓN TORÁCICA. PLAN: REFERIR A OTORRINOLARINGOLOGÍA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
HIPERTROFIA AMIGDALAS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Hipertrofia De Las Amigdalas		J351	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-08-22	02:54	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311538662				

G. EVALUACIÓN 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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	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	SELLO	