



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	Convento	CS-A	1759221763								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Mite	Mendoza	Kristel	Yuliet	M	06-12-2018	6	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO							
0992870153		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	130353	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	Otorrinolaringologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINO DE 6 AÑOS DE EDAD ACOMPAÑADO DE S U MAMA- REFIRIENDO QUE FUE PREMATURA TUVO HOSPITALIZADA 4MESES EN NEONATOLOGIA- INDICA QUE TIENE PROBLEMAS DE AMIGDALAS- RONQUIDOS NOCTURNO DIARIAMENTE Y PROBLEMASRESPIRATORIO- ADEMÁS REFIRE QUE TIENE DISFAGIA- REFIERE PROBLEMAS DE AUDICION- ASISTE A LA ESCUELA- REFIERE BUENDESRRROLLO SOCIAL Y DE APRENDIZAJE. APP RINITIS CRONICA NO TRATADA- HIPERTROFIA AMIGDALINA- DERMATITIS ATOPICA. APFMAMA ALERGICAS A AINES Y PARACETAMOL- ABUELO PATERNO CANCER DE PROSTATA- TIA MATERNA AS MATICAS Y ALERGICA- TIASMATERNAS CANCER DE UTERO. REFIERE ALERGIAS A ACAROS Y AL POLVO. O: TALLA 116.5 CM PESO 20.5 KG CURVAS DE CRECIMIENTO T/E -0.54 P/E -0.4 IMC -0.16. SIN PRESENCIA DE TRAUMATIS MO- NO LESIONES DERMICAS- EXTRACTURAS ACULARES NORMALES- NARIZ PRESENCIA DE POLIPO NASAL IZQUIERDO- EXTRACTURAS DE OIDO EXTERNAS NORMALES- MEMBRANA TIMPANICA IZQUIERDA NO EDEMATOSA CON ESTIGMA DE SANGRADO- MEMBRANAS TIMPANICA DERECHA CON ABUNDANTE SERUMEN. OROFARINEGO: HIPERTROFIA DE AMIGDALAS GRADO 3 LEVEMENTE ERITEMATOSAS SIN PRESENCIA DE MEMBRANAS ADHERIDAS. SE REALIZA EDUCACION DE SIGNOS DE ALRAMA- HABITOS DE VIDA SALUDABEL-PREVENCION DEL MALTRATO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
CABEZA: SIN PRESENCIA DE TRAUMATIS MO- NO LESIONES DERMICAS- EXTRACTURAS ACULARES NORMALES- NARIZ PRESENCIA DEPOLIPO NASAL IZQUIERDO- EXTRACTURAS DE OIDO EXTERNAS NORMALES- MEMBRANA TIMPANICA IZQUIERDA NO EDEMATOSA CONESTIGMA DE SANGRADO- MEMBRANAS TIMPANICA DERECHA CON ABUNDANTE SERUMEN. OROFARINEGO: HIPERTROFIA DEAMIGDALAS GRADO 3 LEVEMENTE ERITEMATOSAS SIN PRESENCIA DE MEMBRANAS ADHERIDAS.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hipertrofia De Las Amigdalas	J351		X	4.			
2.	Polipo De La Cavidad Nasal	J330	X		5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-10-22	06:25	Maria	Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1310675093				

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	