



| 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           | Santa Rita               | CS-A                                                    | 1352129850                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Rivadeneira                                                 | Andrade          | Bertha                   | Isabel                                                  | M                                | 30-06-2015        | 10   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                          |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                          | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 099-704-1965                                                |                  |                          | X                                                       | MOTIVO                           |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                          | 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 resolutive                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                          | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130302                   |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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 | Pediatría    |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ES COLAR DE 9 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE PROGENITORA DEBIDO A PRES ENTAR DIAGNOS TICO DEHIPERTROFIA DE ADENOIDES A LOS 8 MES ES DE EDAD EN HOS PITAL ROBERTO GILBERT PONTON. DURANTE LA INFANCIA MANTUVOCUADROS REPETITIVOS DE FARINGITIS Y AMIGDALIS ITIS QUE OCAS IONARON OTITIS Y PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA. MADREREFIERE HABER S IDO ATENDIDA POR OTORRINO PARTICULAR QUIEN PRES CRIBE TRATAMIENTO- CEFUROXIMA 500 MG- MOMETAS ONAS PRAY- ANTIHIS TAMINICO. MADRE MENCIONA QUE DEBE REALIZARS E ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS (RX CAVUM + TOMOGRAFIA)MOTIVO POR EL CUAL S E ENVIA A PEDIATRIA PARA VALORACION. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| NO TIENE                                                          |

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Desviacion Del Tabique Nasal       | J342 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             | Hipertrofia De Las Adenoides       | J352 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-09-11                            | 01:58        | Leonardo      | Mendoza         | Velasquez        |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1709823288                            |              |               |                 |                  |

| 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |