

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	Chone		CS-C	1352640872					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
							H	D	M	A	
Cuellar	Molina	Javi	Jared	H	06-07-2017	8				X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	X	DERIVACIÓN	MOTIVO					
098-728-2431											
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
			2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
			3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
13	1303	130350	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

PACIENTE PEDIÁTRICO DE 8 AÑOS DE EDAD- ACUDE A S U CONTROL DE NIÑO SANO JUNTO A S U MADRE APP: AS MA (UNA CRISIS ANTES DE NAVIDAD) AQX: CIRUGÍA DE ADENOIDES EN FEBRERO. ALERGIAS: POLVO- LANA (NO TIENE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS). APF:ABUELO CON DM2- HTA Y AS MA. **** MADRE REFIERE CUADRO DE CONSTIPACION CRÓNICA- NIEGA ALZA TÉRMICA- NÁUSEA- VÓMITOS MALESTAR GENERAL. EXAMEN FISICO NORMAL. SE ALIMENTA MEDIANTE ALIMENTACIÓN ACORDE A LA EDAD- BUENA TOLERANCIA-DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DESARROLLO PSICOMOTOR (DENVER): ACORDE A LA EDAD. DUERME BIEN. VACUNACIÓN:COMPLETA PARA LA EDAD (FALTA LA INFLUENZA ANUAL). DATOS ANTROPOMÉTRICOS: GANANCIA DE PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD.***** SE BRINDAN RECOMENDACIONES HIGIENICAS Y NUTRICIONALES: ESTIRAMIENTOS MATUTINOS- REALIZAR 30 MINUTOS DE EJERCICIO DIARIOS- TOMAR 8 VASOS DE AGUA DIARIOS- CONS UMI FRUTAS Y VERDURAS- REDUCIR EL CONS UMO DE SAL- LIMITAR ELCONS UMO DE BEBIDAS AZUCARADAS- HARINAS Y FRITURAS- CONS UMI AL MENOS 3 VECES AL MES PESCADO- EVITAR EL CONS UMO DE ALCOHOL Y CIGARILLO + PREVENCIÓN CONTRA EL DENGUE- MALARIA Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS- GASTROINTESTINALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ESCALA DE BRODSKY - TIPO II

E. DIAGNÓSTICO

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
2026-01-20	10:01	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1314783083				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÒN JUSTIFICADA	SI	NO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

9

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	