

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	CASTRO	JESUS MICHELLE	08	11	2006	19 años, 6 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0944269299	MANABI	CHONE	SANTA RITA	POTRERILLO y	096-412-0744 /
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	0944269299	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	05	19
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 FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, APQ: NO REFIERE, APF: TIO MATERNO DIABÉTICO E HIPERTENSO, ALERGIAS: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE REFIRIENDO PRESENTAR TONSILOLITOS DESDE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO, PACIENTE REFIERE ADEMÁS FARINGITIS A REPETICIÓN, MENCIONA HALITOSIS QUE PERSISTE PESE A HIGIENE BUCAL ADECUADA, MENCIONA ODINOFAGIA EN OCASIONES. AL EXAMEN FÍSICO PACIENTE ESTABLE, SE OBSERVA AMIGDALAS PEQUEÑAS, CRIPTICAS CON ANTECEDENTE DE EXPULSION RECURRENTE DE TONSILOLITOS, SE REALIZA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FÍSICO DE OROFARINGE SE EVIDENCIAN AMÍGDALAS PALATINAS PEQUEÑAS CON CRIPTAS AMIGDALINAS , SIN EXUDADO ACTIVO NI SIGNOS DE ABSCESO PERIAMIGDALINO. ANTECEDENTE REFERIDO DE EXPULSIÓN RECURRENTE DE TONSILOLITOS ASOCIADO A HALITOSIS PERSISTENTE Y EPISODIOS DE FARINGITIS RECURRENTE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS DE LAS AMIGDALAS Y DE LAS ADENOIDES	J358		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	16:44	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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 clinico

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
2026-05-19	16:44	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

