

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAVARRIA	MECIAS	KRISTEL MERCEDES	22	01	2019	6 años, 1 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0963118047	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO BEJUCO PIEDRA GORDA y	096-364-7512 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0963118047	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	07
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 6 AÑOS DE EDAD. APP NO REFIERE. ALERGIAS NO REFIERE. APF MAMA GASTRITIS CRONICA+ HTA+ ASMA. ACUDE EL DIA DE HOY EN COMPAÑIA DE SU MAMA. LA MAMA REFIERE QUE LA NIÑA TIENE DIFICULTAD PARA DORMIR Y PRESENTA RONQUERA DURANTE LA NOCHE, REFIERE QUE SE LE INTERRUMPE EL SUEÑO, Y HA PRESENTADO TOS Y DOLOR DE GARGANTA EN MULTIPLES OCASIONES DURANTE ESTOS DOS AÑOS. AL INTERROGATORIO REFIERE TOS DESDE EL DIA DE AYER. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIAN AMIGDALAS HIPERTROFIADAS GRADO 3.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY EXAMENES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS	J351		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-07	10:35	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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 clínico

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
2025-03-07	10:35	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	