

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	CUADRO	MARIA ANTONIA	13	06	1969	56 años, 1 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305552877	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE 8 y	098-565-8555 /
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	1305552877	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	08	08
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 DE 56 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: EPILEPSIA (PAPA FALLECIDO), ACUDE CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR ODINOFAGIA, DISFONIA, CEFALEA, ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA Y ARTRALGIA DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN, NIEGA OTROS SINTOMAS. PACIENTE REFIERE CUADROS DE AMIGDALITIS A REPETICIÓN, APROXIMADAMENTE 3 VECES AL AÑO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS. AL EXAMEN FISICO AMIGDALAS HIPERTROFICAS, CON PLACAS, NO EXUDADOM RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO NO FEBRIL, ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AMIGDALITIS A REPETICIÓN, APROXIMADAMENTE 3 EPISODIOS AL AÑO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS. NUMERO: 0979538091// 0986528384

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-08	10:05	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-08-08	10:05	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	