

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACAY	RAMIREZ	MARIA DOLORES	25	09	1984	40 años, 10 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310370448	MANABI	CHONE	SANTA RITA	BAY PASS y	099-094-0740 /
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	1310370448	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	07	30
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

F 40A. APP: NR. APF: DM + HTA (PADRE). APQX: BARIATRICA - MANGA GASTRICA (2013) + APENDICECTOMIA (2010) + COLECISTECTOMIA (2024) + SALPINGUECTOMIA (2014) + CESAREA (2009-2010). AA: NR. ACUDE POR AMIGDALITIS BACTERIANA A REPETICION (3 EPISODIOS AL AÑOS POR 3 AÑOS) PARA LO CUAL HA RECIBIDO PENICILINA G BENZATINICA Y CLARITROMICINA EN VARIAS OCASIONES. MENCIONA ADEMAS TOS PERSISTENTE + AOS, DISFAGIA. AL EX. FISICO DESTACA HIPERTROFIA AMIGDALINA SIGNIFICATIVA + PRESION ARTERIAL DE 144/93 QUE PERSISTE IGUAL PREVIO Y POST CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AMIGDALITIS BACTERIANA A REPETICION. CONSIDERAR AMIGDALECTOMIA EN CASO DE CUMPLIR CON CRITERIOS QUIRURGICOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	15:40	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDENO	0926030594	

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
2025-07-30	15:40	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDENO	0926030594	