

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CRUZATTY	VELEZ	VIVIANA NOEMI	17	07	1980	46 años, 0 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310424567	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	VIA A CRUCITA y	099-043-2969 /
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	1310424567	RESBALON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Emergencia	Otorrinolaringología		2026	07	20
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 46 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR AMIGDALAS HIPERTROFICAS DESDE SU NIÑEZ, CAUSANDOLE MUCHO DOLOR Y DIFICULTAR PARA INGERIR SUS ALIMENTOS, CON RONQUIDOS CONSTANTES, MANIFIESTA QUE HACE 5 AÑOS LA IBAN A OPERAR PERO POR LA PANDEMIA NO LA OPERARON, MANIFIESTA QUE EN LOS ULTIMOS MESES SUS MOLESTIAS HAN AUMENTADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/R

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-20	09:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	KERLY IVONNE ZAMBRANO CEDENO	1311854960	

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
2026-07-20	09:34	Medicina Familiar Y Comunitaria	KERLY IVONNE ZAMBRANO CEDENO	1311854960	