

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CONCHA	QUIIJE	MARY CARMEN	15	07	1992	33 años, 3 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311285587	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CIUDADELA LOS NARANJOS 1 MANZANA 7 VILLA 16 y	096-336-6900 / (05)-258-5514
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	1311285587	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	10	15
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	☐	HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS GRADO 2	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 33 AÑOS DE EDAD. APP: PSORIASIS, SOP. AA: ALIMENTICIA (MARISCOS). APQX: CESAREA, APENDICECTOMIA, ABLACION CARDIACA. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD CON CUADRO CLINICO DE UN AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR AMIGDALITIS A REPETICION. AL INTERROGATORIO REFIERE CUADRO CLINICO A REPETICION (2 VECES AL MES), HALITOSIS, PROBLEMAS PARA RESPIRAR AL MOMENTO DE DORMIR. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA HIPERTROFIA AMIGDALAR GRADO 2. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO. TELF: 0963366900

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-15	08:24	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-10-15	08:24	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

