

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHICA	CAICEDO	OWEN SEBASTIAN	15	05	2023	2 años, 2 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354138644	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MANUEL DE JESUS ALVAREZ y MERCEDES	099-099-7688 / (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	1354138644	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	PEDIATRIA	2025	07	29
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 clinico

PRE ESCOLAR MASCULINO DE 2 AÑOS 2 MESES QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE LA CUAL REFIERE TOS SIN FLEMA - DESPIERTA EN LA NOCHE - APNEA DEL SUEÑO - SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA - TRAE INFORME RC CAVUM QUE REPORTA ADENOIDES MIDE 0.8 CM RADIODENSIDAD HOMEGEnea. NO OCASIONA OBLITERACION DE LA LUZ DEL CAVUM FARINGEO - INDICE DE FUJIOKA AUMENTADO PARA LA EDAD MIDE 0.499CM (VALOR REFERENCIAL PARA LA EDAD 0.5 + O - 0.1 / ESPACIO RETROFARINGEO Y RETRO TRAQUEAL CONSERVADOS // ALIMENTACION SELECTIVA NORMAL - ES QUEMA DE VACUNACION COMPLETA - HITOS DE DESARROLLO ; NO DICE NI MUESTRA - NO DICE SUNOMBRE - BALBUSEA - M SU EDAD - PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD -

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES	J352		 X Firmado electrónicamente por: DAVID GABRIEL MEZA MONTES Validar únicamente con FirmaEC

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-29	11:12	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

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
2025-07-29	11:12	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

