

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHERE	MUÑOZ	PEDRO ANTONIO	05	10	1996	28 años, 10 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312138033	MANABI	CHONE	RICAURTE	RICAURTE y	099-196-6404 / (00)-000-0000
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312138033	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	08	06
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 CON DISCAPACIDAD FISICA DEL 76% DE 27 AÑOS DE EDAD QUE ES TRAIDO POR SU MADRE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA, ESCALOSFRÍOS, Y ODINOFAGIA, REFIERE FAMILIAR QUE LE ADMINISTRA PARACETAMOL Y OBSERVA MEJORA. AL MOMENTO DEL EXAMEN FÍSICO, PACIENTE AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, REACTIVO, ORF: AMIGDALAS HIPERTRÓFICAS, SIN CONGESTION O EXUDADOS, CAMPOS PULMOARES: MURMULLO VESICULAR DISMINUIDO PRESENCIA DE ESTERTORES CREPITANTES EN BASE PULMONAR DERECHA. PLAN: SE ENVÍA A CASA CON SIGNOS DE ALARMA, PARACETAMOL 1 GRAMO C8H POR 4 DIAS, SALES DE REHIDRATACION ORAL 2 SOOBRES QD POR 4 DIAS (PRN), AZITROMICINA 1 TABLETA QD 9AM (DOS HORAS POSTPRANDIAL). SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA A CUIDADORA. PACIENTE PRESENTA CUADROS DE OTITIS A REPPETICON

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTITIS MEDIA CRONICA SEROSA	H652		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-08-06	12:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

