

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VALENCIA	LADY TATIANA	26	08	2002	23 años, 10 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312714445	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CIUDADELA PENSILVANIA y SN	098-509-6278 /
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	1312714445	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	07	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE TRES SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR FARÍNGEO PERSISTENTE, DISFAGIA, MALESTAR GENERAL E INFLAMACIÓN RECURRENTE DE AMÍGDALAS PALATINAS. REFIERE ANTECEDENTES DE EPISODIOS FRECUENTES DE AMIGDALITIS DESDE LA INFANCIA, INDICANDO QUE EN SU NIÑEZ SE PLANTEÓ LA REALIZACIÓN DE AMIGDALECTOMÍA, PROCEDIMIENTO QUE NO FUE EFECTUADO POR DECISIÓN FAMILIAR. FAMILIARES REFIEREN QUE LA PACIENTE NO PRESENTA MEJORÍA CLÍNICA CON EL USO DE PENICILINAS NI ANTIBIÓTICOS DE LA FAMILIA DE LAS AMINOPENICILINAS, COMO AMOXICILINA, POR LO QUE EN EPISODIOS PREVIOS HA REQUERIDO ESQUEMAS ANTIBIÓTICOS ALTERNATIVOS. POR LA PERSISTENCIA DEL CUADRO Y LOS ANTECEDENTES DESCritos, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA ESTUDIO ESPECIALIZADO Y DEFINICIÓN DE MANEJO.

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
2026-07-15	08:39	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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
2026-07-15	08:39	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

