

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MARCILLO         | MACIAS           | JAIRO IGNACIO | 05                  | 02  | 2002 | 24 años, 4 meses, 2 días | Hombre  |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314299114        | MANABI              | JUNIN  | JUNIN     | TABLADA DE LAS BRISAS y      | 099-684-1628 /      |
| 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                 | 1314299114      | AGUA FRIA                | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                      |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|----------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Otorrinolaringología |  | 2026  | 06  | 07  |
| 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 MASCULINO DE 24 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLÍNICO CRÓNICO CARACTERIZADO POR RONQUIDOS DE GRAN INTENSIDAD, SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE Y ALTERACIÓN DEL SUEÑO, CON REPERCUSIÓN EN SU DESCANSO NOCTURNO. CUENTA CON ESTUDIOS DE IMAGEN (RADIOGRAFÍA Y TOMOGRAFÍA DE CAVUM) QUE REPORTAN HIPERTROFIA DE ADENOIDES. FUE VALORADO PREVIAMENTE POR OTORRINOLARINGOLOGÍA, RECIBIENDO TRATAMIENTO MÉDICO CON SPRAYS INTRANASALES SIN MEJORÍA CLÍNICA. POR PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA Y SOSPECHA DE TRASTORNO RESPIRATORIO DEL SUEÑO SECUNDARIO A HIPERTROFIA ADENOIDEA, SE REMITE A ESPECIALIDAD PARA VALORACIÓN INTEGRAL, DEFINICIÓN DIAGNÓSTICA Y CONDUCTA TERAPÉUTICA ESPECIALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LABORATORIOS DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                         | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPERTROFIA DE LOS CORNETES NASALES | J343   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-07 | 20:56 | Medicina Rural | GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA | 1312706136 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-07 | 20:56 | Medicina Rural | GREGORY JUNIOR PALMA MENDOZA | 1312706136 |       |

