A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO
MSP	1410	HBAGA	B	1314701531	1314701531

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
CEDEÑO	SOLORZANO	MARIA	MERCEDES	F	16/5/1996	29				X

MSP.

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL): 0963797216 1098427624 3

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL

PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	BOLIVAR	CALCETA

REFERENCIA [X] DERIVACIÓN [ ]

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica. [ ]
2. Falta de espacio físico. [ ]
3. Falta de equipamiento. [ ]
4. Equipos en mal estado. [ ]
5. Problemas de infraestructura. [ ]
6. Problemas de abastecimiento. [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [X]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [X]
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios [X]

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

FEMENINA DE 29 AÑOS DE EDAD APP: AMIGDATITIS CRONICA. AQX: COLECISTECTOMIA. CESAREA (#1). SPB. ALERGIAS: NO REFIERE. APF: PADRE AMIGDALITIS CRONICA, DM2. MADRE HTA. QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR CUADROS DE AMIGDALITIS A REPETICION. REFIERE QUE DESDE ADOLESCENTE VIENE PADECIENDO DE ESTE PROBLEMA, REFIERE QUE HACE UNAS SEMANAS NOTÓ LA PRESENCIA DE SANGRE EN LA AMIGDALA IZQUIERDA. ACTUALMENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 4 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, ODINOFAGIA, TOS, ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA ACOMPAÑADO DE MALESTAR GENERAL. NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA. PACIENTE CON HIPERTROFIA DE AMIGDALAS GRADO II-III, SE ENVIA REFERENCIA AL SERVICIO DE ORL PARA MEJOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
	AMIGDALITIS CRONICA	J350	X		4.				
					5.				
					6.				

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DEL ECUADOR HOSPITAL DR. ANIBAL GONZALEZ ALAVA CALCETA MANABI ECUADOR

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
30/9/2025	11H00	MARCO	AZUA	CEDEÑO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1311550667		

Dr. Marco Antonio Azua Ced.
ESPECIALISTA EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL
C.I.: 1311550667

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	

CONTRAREFERENCIA [ ] REFERENCIA INVERSA [ ]

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
					4.				
					5.				
					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO