

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VILLAPRADO	JORDY WILLIAM	23	10	2006	19 años, 9 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316977204	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL CUELLO y SN	098-316-2133 / (00)-000-0000
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	1316977204	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	Otorrinolaringología - Brigada Médica externa ONG		2026	07	27
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 DE 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE TOS Y ODINOFA GIA ACOMPAÑADO DE DISFAGIA. COMENTA CUADRO DE AMIGDALITIS CRÓNICA DOLOROSA QUE SUELE ACOMPAÑARSE DE FLEMA PERSISTENTE ADEMÁS DE DIFICULTAD PARA LA ARTICULACIÓN CORRECTA DE PALABRAS O DISARTRIA OCASIONAL. SOLICITA VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA ESTUDIO Y MANEJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

APOYO POR ESPECIALIDAD PARA ESTUDIO Y MANEJO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-27	08:03	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-07-27	08:03	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	