

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	SALDARRIAGA	SAMANTHA PAULET	03	06	2011	15 años, 0 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350027676	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE IGNACIO ANDRADE y	099-513-0197 /
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	1350027676	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	06	09
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 ADOLESCENTE DE 15 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTROFIA ADENOIDEA HACE 10 AÑOS, QUIEN PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE EVOLUCIÓN CRÓNICA CARACTERIZADO POR OBSTRUCCIÓN NASAL PERSISTENTE, RESPIRACIÓN BUCAL, RONQUIDO NOCTURNO Y DIFICULTAD PARA LA RESPIRACIÓN NASAL. SE EVIDENCIA PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA A PESAR DE MEDIDAS DE MANEJO INICIAL, CON REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DEL SUEÑO Y EL BIENESTAR GENERAL DEL PACIENTE. DEBIDO A LA EVOLUCIÓN DEL CUADRO Y A LA NECESIDAD DE VALORACIÓN ESPECIALIZADA PARA DETERMINAR EL GRADO DE HIPERTROFIA ADENOIDEA, DESCARTAR COMPLICACIONES ASOCIADAS Y DEFINIR CONDUCTA TERAPÉUTICA DEFINITIVA, SE CONSIDERA PERTINENTE REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA EVALUACIÓN Y MANEJO ESPECIALIZADO. 0995130197

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES	J352		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	08:16	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-06-09	08:16	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

