

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| PAZ              | CEDEÑO           | ANTHONY ENRIQUE | 15                  | 04  | 2009 | 16 años, 10 meses, 10 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350629562        | MANABI              | CHONE  | ELOY ALFARO | DIOGENES ALAVA y             | 099-099-0999 /       |
| 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                 | 1350629562      | ELOY ALFARO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                      | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|----------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2026  | 02  | 25  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad         | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PERSONAL PATOLÓGICO DE ALERGIA DICHO POR EL PACIENTE (SULFAS Y BENZO) , ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CUADRO CLÍNICO ACTUAL DE 4 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR ODINOFAGIA MODERADA (EVA 6/10), DISFAGIA PRINCIPALMENTE A SÓLIDOS, SENSACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO FARÍNGEO, Y MALESTAR GENERAL. REFIERE HISTORIA DE AMIGDALITIS RECURRENTES EN EL ÚLTIMO AÑO (APROXIMADAMENTE 4 EPISODIOS DOCUMENTADOS), ADEMÁS DE PRESENTAR CUADROS SIMILARES DESDE LOS 12 AÑOS DE EDAD, CON MÚLTIPLES EPISODIOS A LO LARGO DE LOS ÚLTIMOS AÑOS. HA RECIBIDO DIVERSOS ESQUEMAS DE ANTIBIOTICOTERAPIA, CON MEJORÍA PARCIAL Y RECAÍDAS FRECUENTES A LAS POCAS SEMANAS, LO QUE SUGIERE PERSISTENCIA DEL PROCESO INFLAMATORIO AMIGDALINO. FAMILIAR REFIERE QUE HA SIDO VALORADO PREVIAMENTE POR OTORRINOLARINGOLOGÍA, Y SE INDICÓ MANEJO MÉDICO CONSERVADOR; SIN EMBARGO, CONTINÚA PRESENTANDO EPISODIOS REPETITIVOS ACTUALMENTE REFIERE FEBRÍCULA NO CUANTIFICADA EN DOMICILIO, SIN TOS PRODUCTIVA, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SALORREA NI SIGNOS DE COMPROMISO DE VÍA AÉREA. NIEGA RASH CUTÁNEO, DOLOR ABDOMINAL O SÍNTOMAS URINARIOS. AL MOMENTO DE LA CONSULTA SE ENCUENTRA ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, CON CLÍNICA COMPATIBLE CON AMIGDALITIS CRÓNICA REAGUDIZADA, POR LO QUE SE CONSIDERA NECESARIA REEVALUACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA DEFINICIÓN DE CONDUCTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO REFIERE

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF |
|------------------------------|--------|-----|-----|
| HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS | J351   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-25 | 13:21 | Medicina Rural | EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE | 1351020506 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-25 | 13:21 | Medicina Rural | EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE | 1351020506 |       |