

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	PONCE	FRICKSON ALVIERY	05	10	2013	11 años, 9 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351029408	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	GONZALO RIVADENEIRA y PICHINCHA	099-236-3194 /
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	1351029408	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	2025	07	21
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 11 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MAMA A CITA MEDICA DE CONTROL. PACIENTE CON APP AMIGDALITIS A REPETICION, ALERGIAS NO REFIERE, APQX NO REFIERE, APF NO REFIERE. MADRE REFIERE QUE PACIENTE DESDE PEQUEÑO HA PRESENTADO CON BASTANTE FRECUENCIA CUADROS DE AMIGDALITIS QUE EN VARIAS OCASIONES HAN REQUERIDO USO DE ANTIBIOTICOS. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, AFEBRIL. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA HIPERTROFIA AMIGDALINA GRADO II. NO SE OBSERVAN EXUDADOS NI ERITEMA DE MUCOSA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 12.3, HTO 36.5, LEU 5860, PLQ 433000 UROANALISIS: UROANALISIS NORMAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	13:02	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	



Firmado electrónicamente por:
CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ
Validar únicamente con FirmadEC

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 clínico

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
2025-07-21	13:02	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	