

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	VILLEGAS	ADRIANA VERONICA	11	07	1998	26 años, 1 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351698038	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	TRAJANO VITERI Y COLON Y	099-644-0896 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1351698038	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología	2024	08	12
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

FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD CON APP FARINGITIS AMIGDALINAS A REPETICION. APQX NO REFIERE. AL MOMENTO ACUDE POR REFERIR ODINOFAGIA. AL EXAMEN FISICO AMIGDALAS HIPERTROFICAS HIPEREMICAS, NO PLACAS. NIEGA TOS O SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO SIN SIGNOS DE GRAVEDAD//0996440896

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SUGIERO CULTIVO DE EXUDADO FARINGEO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2024-08-12	16:30	Medicina Rural	ARIANA KATIUSKA ROSADO SOLORZANO	1313779702

FIRMA

Dra. Ariana Rosado
MÉDICO GENERAL
CI: 1313779702
REGISTRO DEL SEHECUT 1000-2024-438033

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					Fecha	
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área	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 el establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-12	16:30	Medicina Rural	ARIANA KATIUSKA ROSADO SOLORZANO	1313779702	