

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	BAZURTO	FRANSHESKA VALENTINA	21	05	2014	10 años, 4 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	1351804230	MANABI	CHONE	CONVENTO	CIUADELA LOS CHONANAS y	/ (05)-242-0160
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	1351804230	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2024	09	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 FEMENINO DE 10 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO EN COMPAÑIA DE MADRE CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RINORREA ABUNDANTE CONGESTION NASAL CEFALEA RONQUIDOS RESPIRACION RUIDOSAAPNEA DEL SUEÑO MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL MOMENTO AFEBRIL, ASINTOMÁTICA, ACTIVA, ELECTIVA, GLASGOW 15/15, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO C/SPS RONCUS BILATERALES DIFUSOS RSCS RÍTMICOS, ADBOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, MEDIDAS GENEREALES, REFERENCIA A SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO ASESORÍA EN NUTRICIÓN, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN, ASEO DIARIO, SIGNOS DE ALARMA. CONTROL POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON HIPERTROFIA DE ADENOIDES AMERITA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS CON HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES	J353		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-27	15:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

