

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	CS TOSAGUA		C	1351854862		1351854862						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MERO		MACAY		SHIRLEY		YULEXI		F	29/07/2014	11	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0993292391 - 0969700329		NO REGISTRA		1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO		6. Problemas de abastecimiento.				
				2. Falta de espacio físico.						7. Insuficiencia de profesionales.				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		X				8. Inadecuada capacidad resolutive				
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA						9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
				3. Falta de equipamiento.										
				4. Equipos en mal estado.										
				5. Problemas de infraestructura.										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		OTORRINO	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

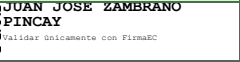
ADOLESCENTE DE 11 AÑOS 8 MESES, AUN NO HA TENIDO LA MENARQUÍA, REFIERE MADRE, SINTOMAS AMIGDALITIS A REPETICION, DESDE LOS 3 AÑOS DE EDAD, EN OCASIONES HASTA 2-3 VECES AL MES CON TTO RECURRENTE CON PENICILINA, EL CUAL MEJORA POR UN TIEMPO, PERO VUELVE A PRESENTAR LA PATOLOGIA. EN LA ACTUALIDAD MANTIENE ODINOFAGIA, RONCA EN LAS NOCHES, ADEMAS DE PERDIDA DE LA AUDICION Y TINNITUS EN OIDO DERECHO. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

OROFARINGE: AMIGDALA DERECHA CUBRE LA MITAD DE OROFARINGE Y LA IZQUIERDA EL 25% DEL MISMO LADO.

OI IZQUIERO: NO SE OBSERVA TIMPANO, SECUNDARIO A ABUNDANTE CERUMEN. OD: CERUMEN ESCASO, SE OBSERVA TIMPANO UN POCO INFLAMADO.

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS		J351		X	4.			
2.	AMIGDALITIS CRONICA		J350		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
14/04/2026	10.00 am	JUAN JOSÉ		ZAMBRANO		PINCAY	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1310509771							

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	NO
CONTRAREFERENCIA				REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
							