

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	4443	C.S. ROCAFUERTE	B	1351894314	1351894314												
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)										
MENDOZA	ORDÓÑEZ	LUIS	MARIO	M	28/8/2014	10	H	D	M	A							
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO													
0990668153 - 0982655166	MSP	X		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA															
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD SIN APF APP DE HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS SIN ALERGIAS NI ANTECEDENTES QUIRURGICOS SV PESO DE 41.7 KG TALLA 145 CM Y T 36.4 °C ES TRAIDO A LA CONSULTA POR SU MADRE REFERIR CUADRO CLINICO DE DE VARIOS MESES DE EVOLUCION ASOCIADO A VEDEMA NASAL Y EPISTAXIS A REPETICIÓN DURANTE CUADROS GRIPALES AL MADRE REFIERE QUE SU HOJO MO HA PRESENTADO RECAIDA DE ESTOS SUCESOS YA QUE NO HA PRESENTADO RESFRIADO EN ESTOS ULTIMOS DOS MESES EN EL EXAMEN FISICO SE CONSTATA PRESENCIA DE HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS SIN PRESENCIA DE ERITEMA NI EXCUDADO Y PRESENCIA DE POLIPO NASAL BILATERAL AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL ASINTOMATICO ESTABLE HEMODINAMI CAMENTE ACTIVO ORIENTADO ACTIVO MADRE Y PACIENTE COLABORADOR AL INTERROGATORIO SE REALIZA REFERENCIA POR INADECUADA CAPACIDAD RESOL

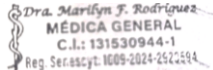
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SOLICITADOS EN ESPERA DE RESULTADOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	POLIPO NASAL, NO ESPECIFICADO (BILATERAL)	J339		X	4.			
2.	HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS	J351		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/6/2025	14:00	MARILYN	RODRIGUEZ	FORTIS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
131530944-1	 Firmado electrónicamente por: MARILYN FERNANDA RODRIGUEZ FORTIS			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS 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	