

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ORDÓÑEZ	LUIS MARIO	28	08	2014	10 años, 11 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351894314	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AL ORMA y VIA TOSAGUA	099-066-8153 /
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	1351894314	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL MIGUEL ALCIVAR	Consulta externa	PEDIATRIA		2025	08	01
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 10 AÑOS DE EDAD, CON APP DE HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS, ALERGIAS NO REFIERE, APQX NO REFIERE, APF NO REFIERE. ACUDE CON REFERENCIA INVERSA REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CUADROS GRIPALES A REPETICION Y RONQUIDOS NOCTURNOS. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVAN AMIGDALAS HIPERTROFICAS Y POLIPOS NAALES BILATERALES. FUE REFERIDO A HNDC PERO SE LE REALIZO REFERENCIA INVERSA DEBIDO A QUE SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA EN DICHA INSTITUCION ATIENDE PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-01	10:34	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

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

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
2025-08-01	10:34	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	