

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	MENDOZA	GENESIS MONCERRATE	20	12	2014	11 años, 6 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351996200	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	RESBALON VIA A RIOCHICO y	098-128-1355 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1351996200	RESBALON	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	06	30
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 adolescente que presenta cuadro clínico de aproximadamente 1 semana de evolución, caracterizado por alza térmica no cuantificada y odinofagia de intensidad progresiva. Niega dificultad respiratoria, disfagia, sialorrea, cambios en la voz, tos u otra sintomatología asociada. Al examen físico de orofaringe se evidencia hipertrofia amigdalina grado IV, con importante aumento del volumen de ambas amígdalas, sin datos clínicos de compromiso agudo de la vía aérea al momento de la valoración. Dada la hipertrofia amigdalina grado IV, se considera importante la valoración por el servicio de Otorrinolaringología para evaluación especializada, determinación de la etiología y definición de conducta terapéutica, debido al riesgo potencial de obstrucción de la vía aérea superior.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-30	10:12	Medicina Rural	MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA	1313690909	

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
2026-06-30	10:12	Medicina Rural	MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA	1313690909	

