

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	ALCIVAR	ANAHÍ GUADALUPE	11	05	2015	9 años, 4 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352101123	MANABI	CHONE	CANUTO	LA MOCORA y CANUTO VIA LA MOCORA	000-000-0000 / (00)-000-0000
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1352101123	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2024	09	13
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 PEDIATRICO DE SEXO FEMENINO ES TRAIIDO POR SU SEÑORA MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR HIPERTROFIA DE AMIGDALAS QUE DIFICULTA LA RESPIRACION AL MOMENTO DE DORMIR. POR LO QUE SE SOLICITA REFERENCIA A AREA DE PEDIATRIA PARA VALORACION DE SU CUADRO DE BASE. EXAMEN FISICO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. RUIDOS CARDIORESPIRATORIOS CONSERVADOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: ASTO CUALITATIVO NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS	J35.1		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL
2024-09-13	12:23	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO

CÓDIGO
1310069883
FIRMA
Dr. Paul Uzcudun Cornejo
MEDICO CIRUJANO
C.I.: 1310069883
Reg. Senescyt: 1016-2024-2919519

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	Hls.Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad		
Contrarefiere o Referencia inversa a:					Fecha		
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Área	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
2024-09-13	12:23	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	