

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	SALAVARRIA	WALTER ANTONIO	20	02	2015	10 años, 4 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352119513	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	ENR y	999-999-9999 /
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	1352119513	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN		CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL GUSTAVO DOMINGUEZ		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	06	20
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

ESCOLAR CON ANTECEDENTES DE RINITIS ALÉRGICA, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR VALORACIÓN DE RADIOGRAFÍA CON FECHA 18/06/2025 QUE EVIDENCIA HIPERTROFIA DE CORNETES NASALES E HIPERTROFIA DE ADENOIDES LEVE. HIPOPLASIA DE SENOS FRONTALES, DISCRETA DESVIACIÓN SEPTAL, EN RELACIÓN A SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO TIENE OBESIDAD, TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA NORMAL. PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN POR OTORRINOLARINGOLOGÍA Y REALIZACIÓN DE TAC SIMPLE DE SENOS PARANASALES Y DE CAVUM, MOMENTO NO DISPONIBILIDAD DE AGENDAMIENTO DE CITA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE INDICAN EXÁMENES

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES

J352

X

FECHA

HORA

ESPECIALIDAD

NOMBRE DEL PROFESIONAL

CÓDIGO

FIRMA

2025-06-20

13:24

Medicina Familiar Y Comunitaria

ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS

1309801965

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

2025-06-20

13:24

Medicina Familiar Y Comunitaria

ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS

1309801965



Dra. Roxi Moscoso M.
MEDICINA FAMILIAR
N° REG. M.S.P. 1309801965
GENÉRICO: 1927-2021-2419290