

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVADENEIRA	ANDRADE	BERTHA ISABEL	30	06	2015	10 años, 6 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352129850	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO GUABAL y	098-541-2326 / (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.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1352129850	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	01	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

ADOLESCENTE FEMENINA DE 10 AÑOS DE EDAD APP: HIPOACUSIA BILATERAL, HIPERTROFIA DE ADENOIDES AQX: HERNIORRAFIA INGUINAL A LOS 2 AÑOS, APF: HTA PADRE Y DM MADRE, AA: NO REFIERE. ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE DEBIDO A PRESENTE DIAGNOSTICO DE HIPERTROFIA DE ADENOIDEA LOS 8 MESES DE EDAD EN HOSPITAL ROBERTO GILBERT PONTON. DURANTE LA INFANCIA MANTUVO CUADROS REPETITIVOS DE FARINGITIS Y AMIGDALISITIS QUE OCASIONARON OTITIS Y PERFORACION DE MEMBRANA TIMPANICA Y ACTUALMENTE REFIERE SUPURACION DE MATERIAL PURULENTO DE MANERA BILATERAL. ASI MISMO MENCIONA HABER IDO AL OTORRINO DE MANERA PARTICULAR EN DONDE FUE ATENDIDA QUIEN PRESCRIBE TRATAMIENTO, CEFUROXIMA 500 MG, MOMETASONA SPRAY, ANTIHISTAMINICO Y MENCIONA HABER TENIDO BUENA ADHERENCIA AL TRATAMEINTO Y HABERLO FINALIZADO, MADRE REFIERE QUE DEBE REALIZARSE ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS (RX CAVUM + TOMOGRAFIA) MOTIVO POR EL CUAL SE ENVIA A PEDIATRIA PARA VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOACUSIA MIXTA CONDUCTIVA Y NEUROSENSORIAL, NO ESPECIFICADA	H908		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-20	08:23	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-01-20	08:23	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

