

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1352155657								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BRAVO		AVILA		BOGART		YADIEL		M	15/07/2015	10	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0981781406		MSP	CAÑITAS VIA A PORTOVIEJO											
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.														
6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABI	JUNIN	JUNIN												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA.		CONSULTA EXTERNA		OTORRINOLARINGOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 10 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE CUADROS DE AMIGDALITIS A REPETICION QUE HA LLEVADO MULTIPLES TRATAMIENTOS CON ANTIINFLAMATORIOS, ANTIBIOTICOTERAPIA SEGUN REFIERE SU MAMA QUE ES QUIEN LO ACOMPAÑA, PRESENTA POCA MEJORIA CLINICA Y CUADROS QUE SE EXACERBAN Y POSTERIOR SE PRESENTAN CON MAYOR INTENSIDAD, PACIENTE REFIERE PRESENTAR DOLOR EN LA GARGANTA DE FORMA PERSISTENTE QUE MEJORA POCO CON EL TRATAMIENTO AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIAS AMIGDALAS HIPERTROFICAS, CON PRESENCIA DE MAL ALIENTO, REFIERE PRESENTAR GANGLIOS EN LA REGION FRONTAL DEL CUELLO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF							
1.	AMIGDALITIS CRONICA		J350		X							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/07/22	11:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SELLO			
1309015111				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319			

G.EVALUACIONDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA	SI	NO			DERIVACIÓNJUSTIFICADA	SI	NO		
CONTRAREFERENCIA					REFERENCIA INVERSA				

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF							
1.					4.							

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE