

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	AVILA	BOGART YADIEL	15	07	2015	10 años, 11 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352155657	MANABI	JUNIN	JUNIN	CAÑAITAS y SN	098-178-1406 /
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	1352155657	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2026	07	10
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 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, ESTUVO EN SEGUIMIENTO EN CHONE DONDE PERDIO EL SEGUIMIENTO POR LO QUE ACUDE A SOLICITAR ACTUALIZAR REFERENCIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIAS AMIGDALAS HIPERTROFICAS
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-10	14:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-07-10	14:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

