

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PATIÑO	ZAMBRANO	GUADALUPE ISABELLA	07	01	2016	8 años, 11 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352282782	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PUNTA Y FILO y	000-000-0000 /
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	1352282782	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	12	18
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 DE 8 AÑOS DE EDAD QUE ES TRAÍDA A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA DE EVOLUCIÓN QUE SE CARACTERIZA POR APNEA DEL SUEÑO, EPISODIOS REPETITIVOS DE INFECCIÓN DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES (MÁS DE 5 EPISODIOS EN EL AÑO), RONQUIDOS, NECESIDAD DE DORMIR EN POSICIÓN SEMISENTADA. MADRE REFIERE HABER ACUDIDO A EMERGENCIA HACE 4 DÍAS POR ÚLTIMO EPISODIO GRIPAL CARACTERIZADO POR DIS FONÍA, DISFAGIA, ALZA TÉRMICA. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA HIPERTROFIA AMIGDALINA GRADO III, ADEMÁS SE PALPAN GANGLIOS SUBMANDIBULARES BILATERALES. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO. 0980070366//0978992246 (PUNTILO)
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERTROFIA DE AMÍGDALAS GRADO III

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS	J351	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-18	15:13	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	

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
2024-12-18	15:13	Medicina Rural	ARIANA THAIS NEVAREZ MUÑOZ	1311532590	