

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	TUAREZ	JEOVANNA MIKAELA	05	02	2016	10 años, 3 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352294100	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	PENSILVANIA y SN	/
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	1352294100	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	11
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 FEMENINA DE 10 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS REPETITIVOS DE DISFAGIA, ODINOFAGIA, HALITOSIS Y FIEBRE OCASIONAL,MADRE REFIERE MÚLTIPLES EPISODIOS DE AMIGDALITIS TRATADOS PREVIAMENTE CON ANALGÉSICOS Y ANTIBIÓTICOS, CON MEJORÍA TEMPORAL Y RECAÍDAS FRECUENTES. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA OROFARINGE HIPERÉMICA CON AMÍGDALAS HIPERTRÓFICAS GRADO III, SIN PRESENCIA DE EXUDADO ACTIVO, GANGLIOS CERVICALES ANTERIORES PALPABLES Y DOLOROSOS. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES RELEVANTES. ACTIVA , REACTIVA , AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0994663649.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-11	14:14	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-05-11	14:14	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	