

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
INTRIAGO	INTRIAGO	CRISTHIAN EDUARDO	01	08	2016	9 años, 9 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352405409	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE COLON y SN	099-111-6497 /
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	1352405409	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA	HOSPITAL BASICO	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	05	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

SE TRATA DE PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 9 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRESENTAR UN CUADRO CLINICO DESDE LOS 3 AÑOS CARACTERIZADO POR RONQUIDOS NOCTURNOS , RINORREA HIALINA PERSISTENTE Y EN OCASIONES EPITAXIS DE ESCASA CANTIDAD ADEMAS FAMILIAR REFIERE INFECCIONES RESPIRATORIAS A REPETICION COMO AMIGDALITIS Y FARINGITIS Y ODINOFAGIA CONSTANTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERTROFIA DE ADENIODES GRADO 3 Y DE AMIGDALAS GRADO 3

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS CON HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES	J353		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-18	11:15	Pediatría	JULISSA MARILYN PICO ANCHUNDIA	1313745398	

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
2026-05-18	11:15	Pediatría	JULISSA MARILYN PICO ANCHUNDIA	1313745398	