

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	BASURTO	JOSE ANDRES	16	09	2016	8 años, 10 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352437931	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SD y SD	098-892-9395 /
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	1352437931	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	29
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

ESCOLAR DE 8 AÑOS QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADREA POR INTERCONSULTA DE MEDICINA GENERAL CON DIAGNOSTICO DE HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS Y ABSCESO PERIAMIGDALINO, REFIERE PROCESOS RESPIRATORIOS FRECUENTES, ULTIMO CUADRO CLÍNICO HACE TRES SEMANAS ACUDE A EMERGENCIA POR AMIGDALITIS Y ES TRATADO CON PENICILINA BENZATINICA 1´200.000 UI INTRAMUSCULAR Y AMOXILICINA + AC, CLAVULAMINICO SUSP POR 7 DIAS, IBUPROFENO Y CORTOIDES INTRAMUSCULAR QUE MEJORA Y LUEGO NUEVAMENTE APARECE, ADEMAS PRESENTA RESPIRACIÓN BUCAL, QUE REPERCUTE EN EL SUEÑO, AL EXAMEN FISICO HIPERTROFIA DE AMIGDALA IZQUIERDA, CUELLO PEQUEÑA HIPERTROFIA DE GANGLIO CERVICAL DE HEMICUELLO IZQUIERDO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN; MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-29	11:51	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

Firmado electrónicamente por:
GILMA ROSARIO
LLERENA ZAMBRANO
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-07-29	11:51	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

