

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VIDAL	CARDENAS	LUIS DAVID	10	05	2016	9 años, 8 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352463770	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA JUANITA y	098-903-2152 /
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	1352463770	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	26
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 9 AÑOS QUE ACUDE POR PRESENTAR TRASTORNO EN EL SUEÑO, RESPIRACIÓN BUCAL QUE INTERFIERE AL DORMIR, ADEMÁS REFIERE TRATAMIENTOS FRECUENTE CON ANTIBIOTICO POR INFECCIÓN DE LAS AMIGDALAS . AL EXAMEN FÍSICO: BOCA AMIGDALAS HIPERTROFICAS, QUE DIFICULTA EL PASO DEL AIRE Y REPERCUTE EN EL SUEÑO (RESPIRACIÓN BUCAL); MOTIVO POR EL CUAL EL SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: IG E 170.23 BIOMETRIA HEMATICA: HEMATOCRITO 32.8, HEMOGLOBINA 12.3 ALT (SGPT): 12 AST (SGOT): 29

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	11:30	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