

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP		1410	HBAGA		B	1352472896							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO		FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CEDENO		ALCIVAR		JONATHAN		JAVIER		08 / 11 / 2016	8	H	D	M	A
													X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO					
099509343 / 0987142449				X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutoria 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL													
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA											
MANABI	JUNIN	JUNIN SITIO LA TABLADA ESPERANZA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

se trata de paciente de 8 años de edad acude por presentar un cuadro clínico de 2 años de evolucion caracterizado por infecciones respiratorias a repeticion madre refiere que presenta epítaxis de moderada cantidad en reposo y actividad fisica ademas presenta roquidos nocturnos y obstrucion nasal bilateral

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													
Al examen fisico se observa adenoides hipertroficas grado y amigdalas hipertroficas grado 3													

E. DIAGNÓSTICO													
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF	
1.	hipertrofias de las amigdalas con hipertrofia de las adenoides		J353	X		4.							
2.						5.							
3.						6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
20/01/2025	14:50:00	JULISSA MARILYN	PICO	ANCHUNDIA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1313745398				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN													
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI	X	NO					DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI	X	NO

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS													

F. DIAGNÓSTICO													
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF	
1.						4.							
2.						5.							
3.						6.							

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE													

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	