

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	PIN	ANGEL MATHIAS	07	03	2017	7 años, 6 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352551905	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	099-822-9325 /
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	1352551905	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	09	19
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 DE 7 AÑOS DE EDAD, APP: AMIGDALITIS A REPETICION. ACUDE A CONSULTA POR CUADRO DE LARGA EVOLUCION QUE SE CARACTERIZA POR ODINOFAGIA, QUE SE ACOMPAÑA DE CONGESTION NASAL Y ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA, INDICA MADRE QUE CUADRO AGUDO DESDE HACE 6 DIAS APROX, POR LO QUE HA DADO ANALGESICO Y SPRAY NASAL. MADRE REFIERE QUE ESTE AÑO HA PRESENTADO CUADRO SIMILAR EN 3 OCASIONES Y QUE SE ACOMPAÑA DE SECRECION OTICA AMARILLENTA Y FETIDA. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO. NO OTRA SINTOMATOLOGIA. CEL: 0998229325.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AMIGDALAS HIPERTROFICAS, HIPEREMICAS. PRESENCIA DE ADENOPATIAS CERVICALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-19	14:01	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	

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
2024-09-19	14:01	Medicina Rural	CARLOS AGUSTIN CARVAJAL ZAMBRANO	1315938504	