

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	VERA	AGUSTIN ZACARIAS	16	04	2017	7 años, 9 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352578288	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN FRANCISCO 2	098-1917670 /
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	1352578288	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	12
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 MASCULINO DE 7A, AP: ESTRABISMO CONVERGENTE (LLAVABA CONTROLES EN PORTOVIEJO, AL MOMENTO NO TIENE CITA DE CONTROL), AMIGDALAS HIPERTROFICAS, AQX: NR, AF: ACV PADRE, MADRE DM, ACUDE A CITA EN COMPAÑIA DE PADRE EL CUAL REFIERE QUE EL NIÑO PRESENTA DISMINUCION DE APETITO. AL EXAMEN FISICO DESTACA PRESENCIA DE ESTRABISMO DIVERGENTE, E HIPERTROFIA AMIGDALINA G3, AL INTERROGATORIO DIRIGIDO PADRE MENCIONA QUE PRESENTA EPISODIOS ESPORADICOS DE TOS, ODINOFLAGIA Y AMIGADALITIS A REPETICION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXMANE FISICO SE VISUALIZAN AMIGDALAS HIPERTROFICAS G 3 AL MOMENTO NO PRESENTA EXUDADOS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-12	03:21	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-02-12	03:21	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	