

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HINOSTROZA	INTRIAGO	IVANNA	22	11	2017	7 años, 11 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352746125	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE LA FE CDIA GONZALES y SN	093-912-5895 / (05)-269-9592
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1352746125	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	11	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 FEMENINO DE 7 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADA POR LA MAMA, REFIERE TENER UN CUADRO CLINICO DE 48 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR TOS SECA Y DISFAGIA MADRE REFIERE QUE ESTE CUADRO LE DA AL MENOS 1 VEZ POR MES. A LA INSPECCION SE NOTA HIPERTROFIA DE AMIGDALAS IRRITADAS Y REFIERE LA MADRE QUE ES LA QUINTA VEZ EN EL AÑO QUE SE INFLAMAN LAS AMIGDALAS SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA. YA A SIDO VISTA POR UN ALERGOLOGO PARTICULAR EL CUAL REFIERE QUE NECESITA VALORACION ESPECIALIZADA POR PEDIATRIA Y NEUMOLOGIA, POR MOTIVOS ECONOMICOS NO PUEDE ACUDIR DE FORMA PARTICULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CRONICA DE LAS AMIGDALAS Y DE LAS ADENOIDES, NO ESPECIFICADA	J359		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-19	14:32	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-11-19	14:32	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	