

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ACOSTA	ROSADO	SHAIRA YANELA	17	06	2019	6 años, 11 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353161530	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE 7 DE AGOSTO y	098-534-8912 /
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	1353161530	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	11
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 6 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE EPISODIOS RECURRENTES DE RINOFARINGITIS Y AMIGDALITIS DESDE LOS 2 AÑOS DE EDAD, APF: PADRE SINUSITIS CRONICA. ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE, POR CC DE 2 DIAS DE EVOLUCIÒN CARACTERIZADO POR ALZA TÉRMICA, ODINFAGIA , VOZ NASAL, Y MALESTAR GENERAL. EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA Y REACTIVO. SIGNOS VITALES ESTABLES. CABEZA NORMOCÉFALA. MUCOSA NASAL HÚMEDA, SIN SECRECIONES PATOLÓGICAS AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. OROFARINGE CON GRAN ERITEMA NO EXUDADOS. AMÍGDALAS HIPERTRÓFICAS. CUELLO SIN ADENOPATÍAS PALPABLES. TÓRAX SIMÉTRICO. CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS, SIN ESTERTORES NI SIBILANCIAS. RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. EXTREMIDADES SIN ALTERACIONES. NEUROLÓGICAMENTE SIN DÉFICIT APARENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

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
2026-06-11	09:59	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-06-11	09:59	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

