

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	SALTOS	ANGIE MAHOLY	01	08	2019	5 años, 2 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353194515	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA A SAN VICENTE y SN	099-982-0312 /
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	1353194515	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	10	17
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 5 AÑOS ACUDE CON SU MADRE PORQUE PRESENTA DESDE HACE 2 MESES, TOS , OBSTRUCCION NASAL, RESPIRACION BUCAL, APNEA DEL SUEÑO, RONQUIDO, AMIGDALAS HIPERTROFICAS NO HIPEREMICAS . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE REACTIVO ACTIVO, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 5 AÑOS CURSA AL MOMENTO CON EPISODIOS DE APNEA, OBSTRUCCION NASAL, RESPIRACION BUCAL MIENTRAS DUERME, RONQUIDO QUE INTENSIFICAN EN LAS NOCHES AL DORMIR, AMIGDALAS HIPERTOFICAS NO HIPERMICAS .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
APNEA DEL SUEÑO	G473	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	14:32	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2024-10-17	14:32	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	