

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIÑONES	DOMINGUEZ	CRISTHIAN SNAYDER	17	10	2019	6 años, 8 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353248469	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA A CANUTO y	098-881-5568 /
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	1353248469	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	07	07
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

INFANTE ESCOLAR DE 6 AÑOS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DEL 45% ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO A REPETICION DE ODINOFAGIA, OROFARINGE ERITEMATOS Y TOS NO PRODUCTIVA ACOMPAÑADA DE ESTORNUDOS CONSTANTES. ADEMAS MADRE REFIERE RONQUIDOS NOCTURNOS Y APNEA DEL SUEÑO. HEMODINAMICAMENTE ESTABLE ACTIVO, REACTIVO. PACIENTE CON ALTERACIONES LA COMUNICACIÓN, INTERACCIÓN SOCIAL Y PATRONES DE CONDUCTA, COMPATIBLES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. EN SEGUIMIENTO CON TERAPIA DEL LENGUAJE.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AMIGDALAS GRADO III, ERITEMATOSAS SIN PRESENCIA DE PLACAS BACTERIANAS. - 2 CUADROS ESTE MES DE CUADROS RESPIRATORIOS - APOYO PARA CONTROLES

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	15:11	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-07-07	15:11	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

