

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	PALACIOS	MARIA CAMILA	19	02	2020	4 años, 11 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353330200	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN FRANCISCO y	0995243261 /
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	1353330200	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Hospitalización	Pediatría	2025	01	29
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINO DE 4 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADA DE LA TIA APP AMIGDALITIS A REPETICION APF PAPA HIPERTENSO NIEGA CIRUGIAS NIEGA ALERGIAS. TIA REFIERE QUE LA PACIENTE LLEVABA SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO DONDE LE DIAGNOSTICARON AMIGDALITIS A REPETICION Y DIFICULTAD RESPIRATORIA LA ULTIMA ATENCION QUE RECIBIO EN ESE HOSPITAL FUE HACE MEDIO AÑO DONDE LA MEDICAN CON BILAXTEN, MONEZ SPRAY NASAL (MOMETASONA) CEFALEXINA 250MG/ML 5 CM CADA 8 POR 5 DIAS. TIA REFIERE QUE LA PACIENTE SUFRE CUADROS DE AMIGDALITIS 2 VECES POR MES AL MOMENTO PRESENTA UN CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO DE ODINOFAGIA ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE NORMOCEFALICA SIN PRESENCIA DE ADENOPATIAS A LA INSPECCION AMIGDALAS AUMENTADAS DE TAMAÑO IRRITADAS CON SECRECION. A LA AUSCULTACION CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS AGREGADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINO DE 4 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADA DE LA TIA APP AMIGDALITIS A REPETICION APF PAPA HIPERTENSO NIEGA CIRUGIAS NIEGA ALERGIAS. TIA REFIERE QUE LA PACIENTE LLEVABA SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO DONDE LE DIAGNOSTICARON AMIGDALITIS A REPETICION Y DIFICULTAD RESPIRATORIA LA ULTIMA ATENCION QUE RECIBIO EN ESE HOSPITAL FUE HACE MEDIO AÑO DONDE LA MEDICAN CON BILAXTEN, MONEZ SPRAY NASAL (MOMETASONA) CEFALEXINA 250MG/ML 5 CM CADA 8 POR 5 DIAS. TIA REFIERE QUE LA PACIENTE SUFRE CUADROS DE AMIGDALITIS 2 VECES POR MES AL MOMENTO PRESENTA UN CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO DE ODINOFAGIA ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE NORMOCEFALICA SIN PRESENCIA DE ADENOPATIAS A LA INSPECCION AMIGDALAS AUMENTADAS DE TAMAÑO IRRITADAS CON SECRECION. A LA AUSCULTACION CAMPOS PULMONARES VENTILADOS SIN RUIDOS AGREGADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-29	15:16	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
2025-01-29	15:16	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	