

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	PARRAGA	ESNAIDER SAIT	15	07	2020	4 años, 2 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353426305	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CALCETA CANUTO y	099-864-8857 /
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	1353426305	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	09	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

NIÑO DE 4 AÑOS DE EDAD APP DE PECHO EXCAVATUM, CON HIPERTOFIA DE AMIGDALA UNILATERAL ACUDE EN COMPAÑÍA DE MADRE A CONTROL MEDICO ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE HIPERTROFIA DE AMIGDALA UNILATERAL DERECHA QUE LE OCACIONA RONQUIDOS NOCTURNOS Y LEVE DIFICULTAD AL RESPIRA DE APROXIAMDAMENTE 8 MESES DE EVOLUCION. CON SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE RINORREA A REPETICION AL EXAMEN FISICO BOCA; HIPERTOFIA DE AMIGDALA UNILATERAL DERECHO, LADO IZQUIERDO NORMAL SIN PRESENCIA DE EXUDADO. HITOS DEL DESARROLLO ACORDE, PESO Y TALLA ACORDE, ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA EDAD. HOY AFEBRIL Y ASINTOMATICO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CON RESULTADOS DE IGE SERICA 927 IU/ML

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RINITIS ALERGICA, NO ESPECIFICADA	J304		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-17	12:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2024-09-17	12:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	