

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIJIJE	NAVARRETE	IAN JOEL	08	09	2020	4 años, 2 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353463977	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PABLO y VIA COPETON	095-922-6467 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1353463977	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	2024	11	27
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

PEDIÁTRICO MASCULINO DE 4 AÑOS 2 MESES DE EDAD CON APP DE ILIOSTOMIA COLONICA A LOS 10 MESES DE EDAD ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA VALORACION MEDICA. POR PRESENTAR DIFICULTAD RESPIRATORIA, TOS , DISFAGIA, MADRE REFIERE QUE NO QUIERE COMER PORQUE LE DUELE AL DEGLUTIR, PRESENTA AMIGDALITIS CRÓNICA. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ACTIVO, PIEL SONROSADA Y MUCOSAS HÚMEDAS, AMÍGDALAS HIPEREMICAS INFLAMADAS GRADO 4, CAMPOS PULMONARES SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, SIN SIGNOS DE GRAVEDAD. PESO Y TALLA BAJA. PARA LA EDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE PEDIÁTRICO CON AMIGDALITIS CRÓNICA GRADO 3

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-27	09:36	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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