

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	ALVAREZ	GABRIELY STEPHANIA	06	01	2021	5 años, 2 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353543422	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO CAMARETA y SN	098-379-6595 / (99)-999-9999
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	1353543422	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	01
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

☐

HIPERTROFIA AMIGDALAR
1 AÑO DE EVOLUCION
CON TRATAMIENTO SIN
MEJORIA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS 2 MESES DE EDAD, ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO, MADRE REFIERE BUEN ESTADO DE SALUD. AL INTERROGATORIO MADRE REFIERE QUE LA NINA TIENE UN OLOR EXTRANO EN SU ZONA, ADEMAS REFIERE DURANTE LAS NOCHES MADRE REFIERE RONQUIDO EXCESIVO. AL MOMENTO PACIENTECLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, SEGÚN CURVAS DE PESO Y TALLA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS RANGOS NORMALES. OROFARINGE ERITEMATOSA HIPERTROFIA DE AMIGDALAS GRADO III DE 1 AÑO DE EVOLUCION EN TRATAMIENTO SIN MEJORIA. 0983796595 MADRE - 0997693183 ABUELO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERTROFIA AMIGDALAR 1 AÑO DE EVOLUCION CON TRATAMIENTO SIN MEJORIA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-01	10:46	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-04-01	10:46	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

