

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	ALVAREZ	GABRIELY STEPHANIA	06	01	2021	5 años, 6 meses, 2 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	SANTA RITA	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	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2026	07	08
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

PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE, APF: ABUELO MATERNO DIABETICO E HIPERTENSO, APQ: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, PACIENTE ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA SOLICITAR REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGIA POR AMIGDALITIS CRÓNICA E HIPERTROFIA DE AMIGDALAS QUE PRODUCE RONQUIDOS Y ULTIMAMENTE DIFICULTADOS AL DEGLUTIR, MADRE REFIERE QUE PACIENTE FUE VISTA POR OTORRINO QUIEN INDICA QUE PACIENTE TIENE QUE ACUDIR A CENTRO DE SALUD PARA SOLICITAR UNA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGIA, MADRE REFIERE COMO NOVEDAD DESCAMACIÓN EN ZONA PLANTAR SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA, TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERTROFIA DE AMIGDALAS QUE PRODUCE RONQUIDOS Y PROBLEMAS PARA DEGLUTIR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMIGDALITIS CRONICA	J350		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-08	10:05	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-07-08	10:05	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	