

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
POSIGUA	ANCHUNDIA	WILLIAMS DAMIAN	27	06	2021	4 años, 1 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353660002	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN FRANCISCO y	098-015-9718 /
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	1353660002	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	28
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 MASCULINO DE 4 AÑOS SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE IMPORTANCIA. ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD ES ATENDID POR AUMENTO DE VOLUMEN EN REGIÓN LATERAL DEL CUELLO DESDE HACE 10 DÍAS ACOMPAÑADO DE FIEBRE, SIN TOS, NI RINORREA. NO HA PRESENTADO PÉRDIDA DE APETITO NI DECAIMIENTO. REFIERE ADEMÁS QUE ES RECURRENTE, NO ANTECEDENTES DE CONTACTO CON PERSONAS ENFERMAS.EXAMEN FÍSICO: BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVA, REACTIVA.SIGNOS VITALES: DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES PARA LA EDAD.CABEZA Y CUELLO: SE PALPA ADENOPATÍA CERVICAL LATERAL DERECHA, MÓVIL, NO DOLOROSA, NO ERITEMATOSA, SIN SIGNOS DE SOBREINFECCIÓN. SE APRECIA HIPERTROFIA DE AMIGDALAS, MUCOSA HÚMEDA, SIN EXUDADOS NI HIPEREMIA.TÓRAX: RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES, SIN RUIDOS AGREGADOS.ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI VISCEROMEGALIAS.PIEL: SIN LESIONES VISIBLES.SE ENVIA LAB. REF. PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERTROFIA DE AMIGDALAS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	14:39	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-07-28	14:39	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

