

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUILLEN	MOREIRA	RONALD YORKLEY	23	08	2021	4 años, 0 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353701830	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	099-692-0472 /
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	1353701830	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	09	19
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 AMIGDALINA, GRADO 3

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 4 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: FIEBRE REUMATICA (MAMA) DIABETES MELLITUS (ABUELA PATERNA), ACUDE MADRE POR CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR RINORREA DE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN, NIEGA TOS, NIEGA ALZA TERMICA, NIEGA OTROS SINTOMAS ACOMPAÑANTES. MADRE REFIERE AMIGDALAS HIPETROFICAS HACE CASI 5 MESES, SIN MEJORIA. REFIERE CUADROS RECURRENTES DE DE AMIGDALITIS APROXIMADAMENTE 4 VECES POR AÑO. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA POR SEGUNDA OCASIÓN AL CONTROL AL MES, AMIGDALAS HIPERTROFICAS GRADO 3-4, NO EXUDADO, NO PLACAS, A LA AUSCULTACIÓN PULMONAR CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, NO RUIDOS PATOLOGICOS. AL MOMENTO ORIENTADO, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0996920472 // 0996069834

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-19	11:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-09-19	11:23	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

