

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ESPINEL	MILAGRO ISABELLA	08	11	2021	4 años, 0 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353755232	MANABI	CHONE	RICAURTE	CAMILO GILER y	098-659-5098 /
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	1353755232	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Otorrinolaringología		2025	11	26
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

PREESCOLAR FEMENINA DE 4 AÑOS DE EDAD, TRAÍDA POR SU MADRE POR CUADRO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR RINORREA HIALINA, ODINOFAGIA, RECHAZO A LA INGESTA DE ALIMENTOS Y UN EPISODIO AISLADO DE SENSACIÓN SUBJETIVA DE ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA. LA MADRE REFIERE QUE LA NIÑA SE ENCUENTRA BAJO SEGUIMIENTO PEDIÁTRICO EN EL HOSPITAL DE CHONE, HABIENDO PERDIDO SU ÚLTIMA CITA DEBIDO A BARRERA GEOGRÁFICA. EN LA REVISIÓN DE ANTECEDENTES SE DOCUMENTA HIPERTROFIA AMIGADALAR DIAGNOSTICADA HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO E HISTORIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS DE VÍAS ALTAS A REPETICIÓN, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA DEFINICIÓN DE MANEJO TERAPÉUTICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FÍSICO BOCA: HIPERTROFIA AMIGDALINA GRADO III, OCLUSIÓN APROXIMADA DEL 75% DE LA LUZ OROFARINGEA.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-26	18:57	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-11-26	18:57	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	