

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJÍA	VALENCIA	AUSTIN ISAAC	11	11	2021	2 años, 11 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353758012	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE 8 DE NOVIEMBRE y	098-681-1954 /
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	1353758012	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	10	21
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 DE 2 AÑOS ACUDE CON SU ABUELA REFIERE QUE EL NIÑO PRESENTA OBSTRUCCION NASAL, RINORREA, TOS , ALERGIA, CONGESTION, RONQUIDO. MADRE COMENTA QUE SE AHOGA CUANDO EL NIÑO DUERME, RESECADAD EN LA BOCA. DESDE HACE 1 AÑO A RAIZ DE QUE TUVO UN DERRAME PLEURAL. A LA REVISION SE OBSERVA HIPETROFIA DE AMIGDALAS Y TAMBIEN ESTAN HIPEREMICAS . APP: DERRAME PLEURAL, NEUMONIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OBSTRUCCION NASAL, RESEQUEDAD BUCAL, RONQUIDO, INFECCIONES RESPIRATPRIAS RECURENTES, RESPIRACION BUCAL AL DORMIR, AL EXAMEN FISICO: HIPETROFIA DE AMIGDALAS, HIPERMIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
APNEA DEL SUEÑO	G473	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-21	20:23	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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 clínico

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
2024-10-21	20:23	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	