

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	QUIROZ	BRYAN JAVIER	19	02	2022	3 años, 11 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353822982	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EGDI MARIA y	096-843-4451 / (99)-999-9999
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	1353822982	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Pediatría	2026	01	30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud			Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PEDIATRICO DE 3 AÑOS DE EDAD QUE ES VALORADO POR PRESENTAR AUMENTO DEL TAMAÑO DE LAS AMIGDALAS Y ADENOIDES, CORROBORADO CON RAYOS X DE CAVUM FARINGEO, PATOLOGIA QUE REPERCUTE EN EL SUEÑO CON RESPIRACIÓN BUCAL Y RONQUIDO NOCTURNO, CON AUMENTO DEL INDICE FUNDIOCA PARA LA EDAD CON 0.8 DE TAMAÑO; MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ESPECIALIDAD.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX CON REPORTE RX CAVUM FARINGEO 21-09-2025 (NO TRAE RX AHORA EN CONSULTA) ADENOIDES CON AUMENTO DE GROSOR DE 1.2 CM CAUSANDO DISMINUCIÓN DE LA ESTRECHEZ, AUMENTADO EL INDICE FUNDIOCA (NORMAL 0.5 A +/- 1)
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-30	09:49	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	 Firmado electrónicamente por: GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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