

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	MOREIRA	ANDRES MATEO	23	03	2022	4 años, 3 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	1353843079	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN FELIPE y	096-810-8090 /
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	1353843079	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	24
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

PEDIATRICO DE 4 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ADENOIDITIS, HIPERTROFIA DE AMIGDALAS Y ADENOIDES CON RADIOGRAFIA QUE CORROBORA EL DIAGNOSTICO HACE 3 MESES ATRAS; QUE AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA AMIGDALAS HIPERTROFICAS QUE INTERFIEREN EN EL SUEÑO Y EN LA RESPIRACIÓN BUCAL; MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD Y BAJO CRITERIO DERIVAR A NIVEL 3.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: GLOBULOS BLANCOS 6, LINFOCITOS 32.4, MONOCITOS 9.5, NEUTROFILOS 57.5, EOSINOFILOS 0.1, BASOFILOS 0.5, HEMATOCRITO 36.5, HEMOGLOBINA 12.6, PLAQUETAS 208, VCM 78.8, HCM 27.2 EMO: NITRITOS NEGATIVOS, PROTEINAS TRAZAS, LEUCOCITOS +

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	09:57	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

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