

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	LOOR	AIMAR FABRICIO	03	04	2022	3 años, 11 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353850843	MANABI	CHONE	CANUTO	MOCORAL 2 y X	096-400-6375 /
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	1353850843	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	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

PACIENTE MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE EVOLUCIÓN CRÓNICA DESDE EL NACIMIENTO, CARACTERIZADO POR HIPERTROFIA AMIGDALINA. MADRE REFIERE QUE LAS AMÍGDALAS SE MANTIENEN AUMENTADAS DE TAMAÑO DE FORMA PERSISTENTE, CON EPISODIOS EN LOS QUE NOTA MAYOR CRECIMIENTO DURANTE PROCESOS RESPIRATORIOS ALTOS. ASOCIA DIFICULTAD OCASIONAL PARA LA DEGLUCIÓN, SIN EMBARGO NIEGA DISNEA, ESTRIDOR, CIANOSIS, FIEBRE U OTRA SINTOMATOLOGÍA AGUDA AL MOMENTO. POR LA EVOLUCIÓN PROLONGADA DEL CUADRO, LA HIPERTROFIA AMIGDALINA CLÍNICAMENTE EVIDENTE Y LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL REFERIDA POR LA MADRE, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO, SEGUIMIENTO Y DEFINICIÓN DE CONDUCTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OROFARINGE: MUCOSA ORAL HÚMEDA, AMÍGDALAS PALATINAS HIPERTRÓFICAS BILATERALES GRADO III SEGÚN ESCALA DE BRODSKY, SIN EXUDADO, SIN ERITEMA MARCADO, ÚVULA CENTRAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-24	09:18	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-03-24	09:18	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

