

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JAMA	ORTIZ	RENNESME AILEN	17	01	2023	2 años, 7 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354054494	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO LAS MANGAS DE BRAVO CHICO y SN	096-789-6877 /
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	1354054494	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2025	09	11	
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 ☐	HIPERTROFIA DE AMIGDALAS RONQUIDOS EXCESIVOS CON PAUSAS RESPIRATORIAS Y LLANTO POSTERIOR A EVENTO, TODAS LAS NOCHES DESDE HACE 2 MESES

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE TRAÍDA POR MAMÀ POR RONQUIDOS EXCESIVOS DURANTE TODA LA NOCHE DESDE HACE 2 MESES, TAN FUERTE QUE INCLUSIVE DURANTE EL DÍA LAS PERSONAS CERCANAS LO PUEDEN ESCUCHAR, MAMÀ INFORMA CUADROS TIPO APNEAS/HIPONEPSIAS, A LA VALORACIÓN SEGÙN ESCALA DE BRODSKY PRESENTA GRADO 4, AMIGDALAS QUE TOCA LA LÌNEA MEDIA, TALLA -2 PESO ADECUADO, NO AMIGDALITIS RECURRENTES, SI RESFRIADOS MÀS DE 7 EN LO Q VA DEL AÑO, AL MOMENTO CON PRURITO ANAL DESDE HACE 7 DÌAS, SE DERIVA A SEGUNDO NIVEL POR HIPERTROFIA DE AMIGDALAS EN PACIENTE CON POSIBLE SÌNDROME DE APNEA DEL SUEÑO DE CAUS OBSTRUCTIVA. 0967896877

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A LA VALORACIÓN SEGÚN ESCALA DE BRODSKY PRESENTA GRADO 4, AMIGDALAS QUE TOCA LA LÍNEA MEDIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
APNEA DEL SUEÑO	G473	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-11	10:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-09-11	10:10	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	