

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| CHICA            | CAICEDO          | OWEN SEBASTIAN | 15                  | 05  | 2023 | 2 años, 2 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        | 1354138644        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | MANUEL DE JESUS ALVAREZ y MERCEDES | 099-099-7688 / (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                 | 1354138644                               | 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                                     | Otorrinolaringología | 2025 | 07    | 29             |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio                                             | Especialidad         | día  | mes   | año            |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRE ESCOLAR MASCULINO DE 2 AÑOS 2 MESES QUE ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE LA CUAL REFIERE TOS SIN FLEMA - DESPIERTA EN LA NOCHE - APNEA DEL SUEÑO - SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA - TRAE INFORME RC CAVUM QUE REPORTA ADENOIDES MIDE 0.8 CM RADIODENSIDAD HOMEGEnea. NO OCASIONA OBLITERACION DE LA LUZ DEL CAVUM FARINGEO - INDICE DE FUJIOKA AUMENTADO PARA LA EDAD MIDE 0.499CM ( VALOR REFERENCIAL PARA LA EDAD 0.5 + O - 0.1 / ESPACIO RETROFARINGEO Y RETRO TRAQUEAL CONSERVADOS // ALIMENTACION SELECTIVA NORMAL - ES QUEMA DE VACUNACION COMPLETA - HITOS DE DESARROLLO ; NO DICE NI MUESTRA - NO DICE SUNOMBRE - BALBUSEA - M SU EDAD - PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD - |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| .. |
|----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                  | CIE-10 | PRE | DEF                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|--------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HIPERTROFIA DE LAS ADENOIDES | J352   |     |  X<br>Firmado electrónicamente por: DAVID GABRIEL MEZA MONTES<br>Validar únicamente con FirmaEC |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2025-07-29 | 11:12 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2025-07-29 | 11:12 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |

