

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	INTRIAGO	JOHALIS AINARA	19	03	2024	1 años, 11 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354364752	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA SABANA y	096-144-3707 /
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	1354364752	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	03	11
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	☐	ADENOMEGALIA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON ADENOPATIA EL ANTERIOR EN 77 MM X 19.4 MM ACTULAMENTE EN 2.14 X 1.51 X 0.94 CM, CON DIFERENCIA DE 6 MESES DE EVOLUCION, UBICADO EN CERVICAL IZQUIERDA PACIENTE ASINTOMATICA HASTA HACE 4 DIAS QUE PRESENTA TOS CONTINUA DURANTE EL DIA Y LA NOCHE NO PRODUCTIVA, RINORREA COLOR AMARILLO Y ALZA TERMICA 1 A 2 EPISODIOS POR DIA. SE DA TRATAMIENTO PARA CUADRO AGUDO Y SE ENVIA A PEDIATRIA POR ADENOPATIA. 0961443707

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO ECOGRAFIA Y LABORATORIO PENDIENTE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ADENOMEGALIA LOCALIZADA	R590		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	13:30	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 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
2026-03-11	13:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

