

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres    | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| SANTOS           | CEVALLOS         | JUAN PABLO | 18                  | 12  | 1981 | 43 años, 7 meses, 3 días | Hombre  |
|                  |                  |            | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                          | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1713474763        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CDLA LOS NARANJOS 2 y 12 DE AGOSTO | 099-862-8805 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria       | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1713474763      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |                      | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|----------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2025  | 07  | 21  |
| 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

REFIERE ANTECEDENTE DE RINITIS ALERGICA, RONQUIDO NOCTURNO, NO DIFICULTAD PARA TRAGAR, NO FIEBRE, ANTERIORMENTE EN TRATAMIENTO CON ANTIHISTAMINICO Y DESCONGESTIONANTE NASAL. ANTECEDENTE PATOLOGICO ASMA BRONQUIAL,REFIERE HACE 4 DIAS DEPOSICIONES BLANDAS DE MODERADA CANTIDAD 4 VECES AL DIA, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO, REFIERE CONSUMO DE AGUA AROMATICAS , CONSUMO DE AGUA DE BIDON. NIEGA HABITOS TOXICOS, ALCOHOL SOCIAL, NO CIGARRO, NO DROGAS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERTROFIA DE AMIGDALAS CON CRIPTAS PURULENTAS

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO          | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------|
| 2025-07-21 | 12:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN | 1006-12-1143810 |       |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |

