

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	MENDOZA	KILLIAN NOAH	09	08	2024	1 años, 0 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1762419107	MANABI	CHONE	RICAU RTE	RICAU RTE y NN	098-932-9414 /
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	1762419107	RICAU RTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	13
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

LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 1 AÑO DE EDAD, ES TRAÍDO POR SU MADRE POR CONTROL DE NIÑO SANO. MADRE RFEIERE CONGESTION NASAL DE MESES DE EVOLUCION, SIN SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO DE LA CONSULTA NIÑO ESTA DORMIDO Y SE LO ESCUCHA RONCAR. LACTANTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL. SEGÚN CURVAS DE PESO SE ENCUENTRA EN PARAMETROS NORMALES Y TALLA SE ENCUENTRA EN PERCENTIL -2. AL EXAMEN FÍSICO: CABEZA NORMOCEFÁLICA, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS, NARIZ CON ABUNDANTE SECRECION HIALINA, MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, DIENTES EN BUEN ESTADO; CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOMEGALIAS PALPABLES; TÓRAX SIMÉTRICO, BUENA MECÁNICA VENTILATORIA, CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO RUIDOS AGREGADOS, CORAZÓN RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONÉTICOS, NO SE AUSCULTA SOPLOS; ABDOMEN RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, SUAVE, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO VISEROMEGALIAS; REGIÓN INGUINO-GENITAL: GENITALES EXTERNOS MASCULINOS, TESTÍCULOS EN ESCROTO; EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, NO EDEMA, BUEN TONO MUSCULAR; PIEL SECA. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA 3. ACTIVIDAD FÍSICA 4. SIGNOS DE ALARMA 5. MULTIVITAMINICOS + MICRONUTRIENTES 15 SOBRES DISOLVER 1 SOBRE PASANDO 1 DÍA 6. RETINOL 200 000 UI VIA ORAL 7. UREA CREMA 8. REFERENCIA A PEDIATRIA 9. SEGUIMIENTO SUBSECUENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 1 AÑO DE EDAD, ES TRAÍDO POR SU MADRE POR CONTROL DE NIÑO SANO. MADRE RFEIERE CONGESTION NASAL DE MESES DE EVOLUCION, SIN SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO DE LA CONSULTA NIÑO ESTA DORMIDO Y SE LO ESCUCHA RONCAR. LACTANTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL. SEGÚN CURVAS DE PESO SE ENCUENTRA EN PARAMETROS NORMALES Y TALLA SE ENCUENTRA EN PERCENTIL -2. AL EXAMEN FÍSICO: CABEZA NORMOCEFÁLICA, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS, NARIZ CON ABUNDANTE SECRECION HIALINA, MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE NO ERITEMATOSA, DIENTES EN BUEN ESTADO; CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOMEGALIAS PALPABLES; TÓRAX SIMÉTRICO, BUENA MECÁNICA VENTILATORIA, CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO RUIDOS AGREGADOS, CORAZÓN RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONÉTICOS, NO SE AUSCULTA SOPLOS; ABDOMEN RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, SUAVE, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO VISEROMEGALIAS; REGIÓN INGUINO-GENITAL: GENITALES EXTERNOS MASCULINOS, TESTÍCULOS EN ESCROTO; EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, NO EDEMA, BUEN TONO MUSCULAR; PIEL SECA. PLAN: 1. MEDIDAS GENERALES 2. DIETA 3. ACTIVIDAD FÍSICA 4. SIGNOS DE ALARMA 5. MULTIVITAMINICOS + MICRONUTRIENTES 15 SOBRES DISOLVER 1 SOBRE PASANDO 1 DÍA 6. RETINOL 200 000 UI VIA ORAL 7. UREA CREMA 8. REFERENCIA A PEDIATRIA 9. SEGUIMIENTO SUBSECUENTE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CRONICA DE LAS AMIGDALAS Y DE LAS ADENOIDES, NO ESPECIFICADA	J359	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	10:40	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	

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
2025-08-13	10:40	Medicina Rural	ROSSANA PAOLA NAVARRETE VERDUGA	1311453029	