

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MERA	DAELY MISHELL	03	05	2019	5 años, 9 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351732439	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	KM 29 VIA CHONE y	096-859-2002 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

I. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area		
MSP	2351732439	HOSPITAL BASICO DE EL CARMEN		HOSPITAL BASICO	I3D05 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Otorrinolaringología	2025	02	18
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 clinico

PAciente con antecedente de cuadros respiratorios altos a repeticion de aproximadamente 1 año, en tratamiento con cortioide nasal (fluticazona) y montelukas de 5 ; repsiracion nasal y ronquidos nocturnos. En seguimiento por neurologia por sospecha de autismo segun refiere la madre. Examen fisico hipertrofia de cornetes nasales bilaterales y amigdalas grado 3; en suficiencia cardiorespiratoria.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Se solicito rx de cavum

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	16:13	Pediatría	MARIA FERNANDA SANTANA SANTOS	0324224199	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

I. 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
2025-02-18	16:13	Pediatría	MARIA FERNANDA SANTANA SANTOS	0324224199	