

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUÑOZ	BELLO	KAMILA PAULETTE	14	02	2007	18 años, 7 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316534971	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PARAISO y	098-871-7040 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316534971	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Dermatología	2025	09	15
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

PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO + MENSTRUACION EXCESIVA QUE LE DURO 1 MES, REFIERE ADEMAS DISURIA Y DOLOR EN HIPOGASTRIO CUANDO ORINA, PRESENTA SECRECION BLANQUECINA GRUMOSA NO MALOLIENTE, NIEGA OTROS SINTOMAS. EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS, TORAX: CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS. NO PRESENTA DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO PRESENTA TIRAJE INTERCOSTAL, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN: EVIDENCIA CICATRIZ QUIRURGICA QUE APARENTEMENTE SE HIZO QUELOIDE, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES, GENITALES: NORMALES CONSERVADOS, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMETRICAS. .- SE REALIZA ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE: FAMILIA NUCLEAR VIVE EN CASA CON SU MADRE Y HERMANA. FAMILIA FUNCIONAL, NO SE DETECTA CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL, CIGARRILLOS O DROGAS, NO SE DETECTA PERDIDA DE AUDICIÓN, NO SE DETECTA TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. ACTUALMENTE TIENE PAREJA - DESDE HACE 5 MESES. .-SU CUERPO ESTA CONFORME Y TIENE BUEN ESTADO DE ANIMO. .-SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA: PACIENTE NO REFIERE ALGÚN TIPO DE VIOLENCIA. .-PASA ATENCIÓN INTEGRAL ODONTOLOGÍA, NUTRICIÓN Y PSICOLOGÍA. .-SE BRINDA CHARLA DE SEXUALIDAD RESPONSABLE, ENFERMEDADES DE TRASMISIÓN SEXUAL, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, CORRECTO USO DEL PRESERVATIVO, SE VERIFICA ENTENDIMIENTO DE LA CHARLA. .-SE BRINDA CHARLAS SOBRE: ASESORÍA EN PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA ASESORÍA SOBRE AUTOESTIMA, ASESORÍA EN SEXUALIDAD RESPONSABLE Y SALUDABLE, ASESORÍA EN PROYECTO DE VIDA Y TOMA DE DECISIONES INFORMADAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CICATRIZ HIPERTROFICA	L910	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-15	14:09	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-15	14:09	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	