

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	CEDEÑO	SCARLETH YENIBEL	24	06	2007	18 años, 11 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	1351241359	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA COLORADO y	098-978-3444 /
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	1351241359	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología - Brigada Médica externa ONG		2026	06	08
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

ADOLESCENTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO SIN COMPAÑIA DE FAMILIARES *** TELF.: 0986783209 *** APP: CONDILOMATOSIS GENITAL *** ACUDE A CONTROL POR PRIMERA VEZ JUNTO A SU MADRE PARA DAR INFORMACION SOBRE LA ENFERMEDAD Y EL FLUJO DE ATENCIONES. COMENTA QUE AUN O HA PODIDO IR A SOLCA PARA RESPECTIVAS CITAS DE MANERA PARTICULAR, PERO QUE SI ESTA VIENDO IR CON SU PAREJA. AL EXAMEN FISICO, LESIONES DE ASPECTO PALIDO SIN PROGRESO O APARICION DE NUEVAS LESIONES*** TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONDILOMATOSIS GENITAL. VIH, SIFILIS, HEPB: NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VERRUGAS (VENEREAS) ANOGENITALES	A630		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-08	10:37	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

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
2026-06-08	10:37	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	