

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	PEÑARRIETA	DARLA SHELESKA	17	03	2016	9 años, 4 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352318529	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VARGAS PAZO y	096-971-4371 / (99)-999-9999
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	1352318529	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	24
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 9 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MAMA A CITA MEDICA DE CONTROL. REFIERE APP DE ASMA, INFECCIONES VAGINALES RECURRENTES. YA HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR MOTIVO DE LAS INFECCIONES, REFIERE QUE PRESENTA BREVES PERIODOS ASINTOMATICA Y NUEVAMENTE PRESENTABA SECRECIONES, AL MOMENTO REFIERE ESTAR PRESENTANDO SECRECIONES BLANCAS, EN ESCASA CANTIDAD Y PRURITO VULVAR, NIEGA MAL OLOR. AL EXAMEN FISICO SIN PATOLOGIA APARENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VAGINITIS SUBAGUDA Y CRONICA	N761		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	09:41	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	 Firmado electrónicamente por: CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ 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 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
2025-07-24	09:41	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	