

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HUERTA	BARRE	ARELYS JULIANA	26	04	2017	7 años, 9 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352585572	MANABI	CHONE	RICAU RTE	AGUA BLANCA y	096-366-1030 / (00)-000-0000
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	1352585572	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	02	03
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 7 AÑOS DE EDAD APP ASMA, APF: MADRE ASMÁTICA. AQX: NO REFIERE. ES TRAIDA POR SU MADRE A ESTA CASA DE SALUD Y REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR MASTALGIA. PACIENTE REFIERE UNA CONSULTA PREVIA EN CS SANTA RITHA DONDE LE REALIZAN ORDEN DE ECOGRAFÍA. MADRE ACUDE CON REPORTE ECOGRÁFICO EL CUAL REFIERE: MAMA IZQUIERDA ZONA RETRO AREOLAR Y MAMARIA CONDUCTOS SUB AREOLARES PROMINENTE Y PROLIFERACION DE ESTROMA PERDUC TAL. OVARIO DERECHO E IZQUIERDO PRESENCIA DE MICROQUISTE EN SU INTERIOR. DESCARTAR PUBERTAD PRECOZ. SE SOLICITA REFERENCIA PARA PEDIATRÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REPORTE ECOGRÁFICO EL CUAL REFIERE: MAMA IZQUIERDA ZONA RETRO AREOLAR Y MAMARIA CONDUCTOS SUB AREOLARES PROMINENTE Y PROLIFERACION DE ESTROMA PERDUC TAL. OVARIO DERECHO E IZQUIERDO PRESENCIA DE MICROQUISTE EN SU INTERIOR.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PUBERTAD PRECOZ	E301	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	09:36	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-02-03	09:36	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

