

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	HIDALGO	ANDREA LISSETH	12	10	2017	8 años, 9 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352718751	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	TOSAGUA y	099-972-7242 /
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	1352718751	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	07	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE ESCOLAR DE 8 AÑOS 9 MESES DE EDAD, ES TRAÍDO POR SU PADRE PARA CONTROL DE RUTINA DEL NIÑO, ACOMPAÑANTE NIEGA ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES, PERINATALES O NATALES, NO ALERGIAS, ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS NO REFIERE. AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN PADRE REFIERE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA BIEN, BUEN APETITO, NECESIDADES FISIOLÓGICAS CONSERVADAS, BUEN ESTADO GENERAL, PADRE INDICA AISLAMIENTO SOCIAL, PROBLEMAS DEL LENGUAJE, ALTERACIONES EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR, ADEMAS PACIENTE REFIERE DOLOR EN ZONA DE BOTON MAMARIO SE REMITE A TERAPIA Y SE FACILITA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR PEDIATRÍA Y POSIBLE DERIVACIÓN CON ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA. TELEFONO 0984886468.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PUBERTAD PRECOZ	E301	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-15	14:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-07-15	14:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

