

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAILON	ZAMBRANO	CARLA PAULLET	11	06	2018	6 años, 8 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352889610	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONMIO y	099-813-0629 /
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	1352889610	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	17
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

☐

PUBERTAD PRECOZ

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 6 AÑOS DE EDAD. APP: ASMA, ALERGIA. APP: NO REFIERE. ACUDE EN COMPAÑIA DE SUS PADRES QUIENES MANIFIESTAN UN CUADRO CLINICO DE UN MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR APARICION DE VELLO PUBICO ESCASO EN LABIOS MAYORES, HIPERHIDROSIS Y BROMHIDROSIS. PACIENTE LLEVA CONTROL EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEBIDO A SU ASMA. PACIENTE ACTIVA, RECATIVA Y ORIENTADA. TELF: 0998130629

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PUBERTAD PRECOZ

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PUBERTAD PRECOZ	E301		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-17	12:25	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-02-17	12:25	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	