

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	CAGUA	ANA GUADALUPE	05	05	2019	5 años, 7 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353129107	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	096-143-6041 /
Ver Instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área
MSP	1353129107	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2024	12	12
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 ☐	paciente al cuidado de abuela no de mamá / inconvenientes legales.

3. Resumen del cuadro clínico

Ana Caicedo Cagua 1353129107 Peso 19.4 Talla 110.3 T 36.5 Paciente de 5 años de edad que acude con abuela por presentar irritación vulvar desde hace un mes de evolución, además secreción vaginal color amarillo, refiere redefinido ene ocasiones anteriores tratamiento tópicos, no refiere que medicamento. Abuela Refiere que desde mayo está al cuidado de nieta, duerma con tía y prima. 0980267943 (Laura Cagua). A la inspección en presencia de abuela se observa irritación vulvar. Se receta metronidazol oral.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VAGINITIS AGUDA	N760		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-12	10:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14 1292390	 IRVING ISRAEL BUITRON NIETO

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad	
Contrarefiere o Referencia Inversa a:						
/						
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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------