

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	SALTOS	MEYLEK DANIELA	03	08	2019	6 años, 8 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353195629	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SS y	098-898-7094 /
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	1353195629	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	28
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

☐

PUBERTAD PRECOZ, APARICION DE BOTONES MAMARIOS

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PEDIATRICA DE 6 AÑOS ACUEDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR DIAGNOSTICO PREVIO DE PUBERTAD PRECOZ BAJO RESPONSABILIDAD DE MEDICO PEDIATRA EN SOLCA, SE EVIDENCIA TELARQUIA MADRE INDICA APARICION DE BOTON MAMARIO HACE 20 DIAS DERECHO Y HACE TRES DIAS EL IZQUIERDO, INDICA ADRENARQUIA, AUN NO PRESENTA MENARQUIA. NO SE EVALUA TANNER AL MOMENTO PACIENTE REACTIVA ACTIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELF 0987639149

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PUBERTAD PRECOZ	E301		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-28	10:52	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-04-28	10:52	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

