

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CACUANGO	ZAMBRANO	KATE ABIGAIL	05	09	2019	6 años, 0 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353219858	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	URBANIZACION SAN CAYETANO y URBANIZACION SAN CAYETANO	098-737-4666 /
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	1353219858	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Pediatría	2025	10	01
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

UNA VEZ VISTA POR GINECOLOGO EN AREA DE EMERGENCIA POR DR GINECOLO??? ACUDE MADRE CON ESCOLAR POR CAUSA CLINICA LA CUAL REFIERE QUE A SU HIJA LE HAN TOCADO SUS PARTES Y DESDE AHI TIENE SECRECION VAGINAL AMARILLENTO VERDOSA YA CON TTO DE METRONIDAZOL Y CEFALOXINA NO A PASADO Y SE TENDRA QUE HACER ISOPADO, LO OTRO ES QUE EN LA REVISION DE LA NIÑA POR GINECOLOGO REFIRIO QUE LAS PARTES NO ESTAN NORMAL PERO NO EMITIO NINGUN INFORME PARA PODER SUSTENTAR LA INTERPRETACION, PACIENTE AHORA SE LE REALIZA UNA REFERENCIA PARA PEDIATRIA Y INTERCONSULTA PARA PSICOLOGIA...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SE ENVIA A SU INSPECCION Y A SU ANALISIS...
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VAGINITIS, VULVITIS Y VULVOVAGINITIS EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	N771		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	08:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE Validar únicamente con FirmatEC

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
2025-10-01	08:42	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

