I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	DIVINA IDAMARYS	06	05	2020	4 años, 7 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353378852	MANABI	CHONE	SANTA RITA	10 DE AGOSTO y	095-888-0707 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 digitos	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	1353378852	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2024	12	09
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 ☐

3. Resumen del cuadro clinico

madre refiere que su niña tiene estrechez vaginal y dolor al orinar desde muy pequeña por lo que soliicta valoracion por pediatria

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ninguna

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTRECHEZ Y ATRESIA DE LA VAGINA	N895	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-09	22:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	WILMER XAVIER LOOR LOOR	1309526042	Firmado electrónicamente por: WILMER XAVIER LOOR LOOR

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
2024-12-09	22:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	WILMER XAVIER LOOR LOOR	1309526042	