

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	ROSADO	MARY KYLIE	17	06	2020	5 años, 8 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353407016	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y BY PASS	096-137-2563 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1353407016	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	03	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 clínico

PACIENTE FEMENINA DE 5 AÑOS 8 MESES DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFIERE PACIENTE QUE HA PRESENTADO DOLOR EN OIDO IZQUIERDO EVA 5/10 A LA REVISION CON OTOSCOPIO PRESENTA ABUNDANTE SERA Y SECRECION. MADRE TAMBIEN REFIERE QUE HACE 3 MESES APROXIMADAMENTE HACE 3 MESES PRESENTA UNA SECRECION BLAQUECINA MARILLOSA QUE AVECES SE TORNA CAFE EN LA VAGINA, MADRE NIEGA VIOLENCIA Y REFIERE QUE LA NIÑA SIEMPRE ESTA AL CUIDADO DE ELLA Y DE LA ABUELA. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA PARA VALORACION. AL EXAMEN FISICO NO SE VISUALIZAN SIGNOS DE VIOLENCIA NO PRESENCIA DE HEMATOMAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/a

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS INFLAMACIONES ESPECIFICADAS DE LA VAGINA Y DE LA VULVA	N768	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-09	13:56	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	

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
2026-03-09	13:56	Medicina Rural	ALEX DANIEL BRAVO VELEZ	1312584954	