

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	ALVARADO	NOELIE DALESKA	22	02	2024	2 años, 2 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354362442	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA A BAHIA y	098-117-4761 /
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	1354362442	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	05	07
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

PACIENTE DE 2A 2M QUE ES TRAÍDA A CONSULTA PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PESO Y TALLA, REFIERE LA MADRE, QUE DESDE EL AÑO DE VIDA, NOTO CERRAMIENTO DE LA VAGINA, EL CUAL RECIBIÓ TTO MEDICO HORMONAL TÓPICO, EL CUAL ABRIÓ UN POQUITO, PERO AL PASO DEL TIEMPO VOLVIÓ A CERRAR, ESQUEMA DE VACUNACIÓN ACTUALIZADO PARA LA EDAD. SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA UNA MEJOR VALORACIÓN ESPECIALIZADA. *** 0981174761 - 0982227531 ***
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE OBSERVA FUSIÓN DE LOS LABIOS MENORES.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FUSION DE LABIOS DE LA VULVA	Q525		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	10:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-07	10:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	