

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA		ANDREA SOFIA	16	10	2015	9 años, 4 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	3050669260	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE 7 DE AGOSTO Y SALINAS y	099-972-6725 / (00)-000-0000
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	3050669260	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	03	11
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 9 AÑOS QUE ACUDE CON SU MADRE POR REVISIÓN DE ECOGRAFIA. AL EXAMEN FISICO: FUSION DE LABIOS MAYORES DE LA VULVA. ECOGRAFIA DEL 12/04 CON REPORTE DE PRESENCIA EN OVARIOS DERECHO E IZQUIERDO PRESENCIA DE VARIOS FOLICULOS. ABDOMEN DISTENDIDO POR GASES. IMC: SOBREPESO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO: FUSION DE LABIOS MAYORES DE LA VULVA. ECOGRAFIA DEL 12/04 CON REPORTE DE PRESENCIA EN OVARIOS DERECHO E IZQUIERDO PRESENCIA DE VARIOS FOLICULOS. ABDOMEN DISTENDIDO POR GASES.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-11	15:01	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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