

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	VERA	JOVANNA CAROLINA	20	09	2006	18 años, 4 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0959446436	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SD y J	0959446436
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	0959446436	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	01	22
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 REFIERE QUE CUANDO EJERCE PRESIÓN SOBRE EL PEZÓN LE SALE LIQUIDO CON CONSISTENCIA DE LECHE COMO ACEITOSO, NO TIENE ESTIMULO, REFIERE QUE A LA AUTOESPLORACION NO PALPA MASA... NO UTILIZA ANTICONCEPTIVO (PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS) EN DOS OCACIONES DESDE HAY IRREGULARIDAD, LA PRIMERA ACTIVIDAD SEXUAL 17 AÑOS, PERIODOS REGULARES ANTES DE LA PÍLDORA. APG G0 A0 P0 C 0... MIGRAÑA DE APP, NO SE A REALIZADO PAPANICOLAO... SE HACE REFERENCIA A GINECOLOGIA Y CON SU POSIBILIDAD DE INTERCONSULTA A ENDOCRINOLOGIA...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SE ENVIÁ A SU ANÁLISIS...

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GALACTORREA	O926	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-22	08:55	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

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