

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERDUGA	PINARGOTE	MARIA CARLINA	04	06	1977	47 años, 4 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0916535974	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AVDA CARLOS ALBERTO ARAY y SN	099-692-7052 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	0916535974	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	10	16
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 47 AÑOS DE EDAD ACUDE EL DIA DE HOY POR DEBILIDAD FISICA, FALTA DE LIBIDO, SEQUEDEZ VAGINAL, SOFOCOS, FALTA DE ENERGIA, REFIERE AMENORREA DESDE HACE 1 AÑO Y REFIERE HABER ESTADO EN TRATAMIENTO HORMONAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA, Y PERDIO SEGUIMIENTO DE SU TRATAMIENTO PARA LA MENOPAUSIA. APP HIPOTIROIDISMO TRATADO CON LEVOTIROXINA. APF NO REFIERE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MARCADA DEBILIDAD FISICA Y SOFOCOS DURANTE EL INTERROGATORIO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO MENOPAUSICO Y PERIMENOPAUSICO, NO ESPECIFICADO		N959	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-05	14:05	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	 Firmado electrónicamente por: JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO

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
2024-10-05	14:05	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	