

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LUNA	PARRAGA	STEFFANIA LISSETH	04	07	2000	25 años, 8 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	0929274397	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SN y	098-811-2476 /
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	0929274397	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	03	19
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 25 AÑOS CON ANTECEDENTE DE RESITENCIA ALA INSULINA Y LUXACION DE TOBILLO IZQUIERDO A LOS 8 AÑOS ACUDE A CONSULTA REIRIENDO QUE LA GINECOLOGA QUIEN LA REVISABA EN EL HOS PITAL ED FLAVIO ALFARO YA NO SE ENCUENTRA Y REQUIERE CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO EN GINECOLOGIA POR LO QUE REQUIERE REFERENCIA. ADICIONAL PACIENTE REFIERE QUE TRAS SU ANTECEDENTE DE LUXACION EN TOBILLO A LOS 8 AÑOS , DESDE HACE 3 AÑOS PRESENTA DOLOR CONSANTE EN DICHO TOBILLO, EL CUAL HA PROGRESADO CON EL TIEMPO Y SE ACENTUA AL ESTAR MUCHO TIEMPO DE PIE EN SU TRABAJO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Insulina: 25.98 mIU/L HOMA-IR: 6.20

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO	E282		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-19	14:46	Medicina Rural	HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA	1727573154	 Firmado electrónicamente por: HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA Validar únicamente con FirmaEC

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
2026-03-19	14:46	Medicina Rural	HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA	1727573154	