

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BURGOS	ROSADO	MARIA PIEDAD	08	12	1982	42 años, 2 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310062391	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO	099-564-7239
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	1310062391	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	02	18
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 DE 42 AÑOS DE EDAD, APP DE ARTROSIS, ARTRITIS (NO RECUERDA NOMBRE DE MEDICACION) Y LITIASIS RENAL. APQ: CESAREA SEGMENTAREA (1) + SALPINGECTOMIA BILATERAL, NIEGA ALERGIAS, APF: PADRES HIPERTENSOS Y MADRE DIABETICA, AGO: G6 A3 P2 C1 HV3, FIG: 16 AÑOS, MENARQUIA: 14 AÑOS, FUM: 26/01/2025, PAP NO SE HA REALIZADO MAS DE UN AÑO, AL MOMENTO ESTABLE ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL. ACUDE A LA UNIDAD OPERATIVA POR REFERIR MENSTRUACIONES EXCESIVAS (INDICA UTILIZAR 3 PAQUETES DE TOALLAS SANITARIAS DURANTE EL CICLO), DOLOR MAMARIO MAS DISMENORREA DE MODERADA INTENSIDAD QUE SE ACOMPAÑA DE CEFALEA DE INTENSIDAD 10/10 EVA, ADEMAS REFIERE PRESENTAR BOCHORNOS, SUDORACION NOCTURNA, CAMBIOS DE HUMOR, DISMINUCION DEL INTERES SEXUAL, ARDOR Y RESEQUEDAD VAGINAL. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS REFERENCIALES; ANTROPOMETRÍA: SOBREPESO; EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIÓN. SE SOLICITA SEGUIMIENTO Y VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	16:08	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

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
2025-02-18	16:08	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	