

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	GANCHOZO	EMMA VANESSA	17	04	1987	39 años, 3 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310974371	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA GRECIA y ANIBAL SANDRES	098-947-0221 /
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	1310974371	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	Endocrinología	2026	07	17
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 FEMENINO DE 39 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CUADROS DE ANSIEDAD Y DEPRESION, PREVIO A MENSTRUACION, ACOMPAÑADO ADEMAS DE INSOMNIO, FATIGA, CEFALEA HEMICRANEANA, QUE OCASIONA FOTOFOBIA Y FONOFOBIA, REFIERE QUE FUE VISTA EL CARDIOLOGO DEL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA POR PALPITACIONES E HTA CUANDO LE DA CRISIS Y SOLICITO REFERENCIA PARA ENDOCRINOLOGIA PARA VALORAR ETIOLOGIA HORMONAL. ADEMÁS REFIERE HABERSE REALIZADO UNA ENDOSCOPIA LA CUAL REPORTA GASTRITIS CRONICA SUPERFICIAL. INDICA ADEMAS, PERDIDA DE PESO EN POCO TIEMPO APX: 25 KG EN UN AÑO. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	08:29	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-07-17	08:29	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

