

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SAAVEDRA	MOREIRA	ESTEFANIA ZORAYDA	29	06	1990	34 años, 5 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311538662	MANABI	CHONE	RICAUARTE	AV SIXTO DURAN BALEN y	096-063-7026 /
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	1311538662	RICAUARTE	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	12	03
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 34 AÑOS DE EDAD, ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR SIGNOS DE HIPERANDROGRNISMO CUTANEO, ACANTOSIS NIGRICANS EN CUELLO Y AXILAS, AUMENTO DE PESO, ALTERACIONES EN LOS CICLOS MENSTRUALES, ADEMAS PACIENTE REFIERE PRESENTAR CRISIS DE ANSIEDAD, CADA VEZ MAS FRECUENTES. APP: ANEURISMA CEREBRAL CON EMBOLIZACIÓN DE MÍNIMA INVASIÓN, OBESIDAD, LINFOMA NO HODGKIN, SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO, EPISODIOS DEPRESIVOS RECURRENTES, ASMA, PSORIASIS. ALERGIAS NO REFIERE. AL MOMENTO ACTIVA, ELECTIVA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS COGNITIVAS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. A LA EXPLORACIÓN FÍSICA, CABEZA: NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS; CUELLO SIN ADENOPATÍAS, CON SIGNOS DE ACANTOSIS NIGRICANS; TÓRAX SIMÉTRICO, CSPA CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RÍTMICOS NORMOFÓNICOS; ABDOMEN, AUSCULTACIÓN: RSHS PRESENTES, PERCUSIÓN: TIMPÁNICA, PALPACIÓN: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA SUPERFICIAL Y PROFUNDA; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-03	21:42	Medicina Rural	MARY LEIDY ESMERALDAS AVEIGA	1315935229	

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 clínico

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
2024-12-03	21:42	Medicina Rural	MARY LEIDY ESMERALDAS AVEIGA	1315935229	

