

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DE LA CRUZ SABEDRA IVONNE ZULEYKA	SABEDRA	IVONNE ZULEICA	08	06	2001	23 años, 4 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311653693	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CHONE y	095-953-6962 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1311653693	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	24
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 SEXO FEMENINO CON ANTECEDENTE SOP, CON IRREGULARIDAD EN LA MENSTRUACION YA ATENDIDA POR ESTE SERVICIO EN MESES ANTERIORES ACUDE NUEVAMENTE POR REVISION DE ECOGRAFIA. AL INTERROGAR REFIERE QUE SI SE LE DIO TRATAMIENTO CON MYCROGYNOM A LO CUAL LAS TOMA Y MEJORA. REFIERE QUE ESTA EN TRATAMIENTO CON MIGROGYNON POR DOS MESES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: POLIQUISTOSIS OVARICA UNILATERAL IZQUIERDA, QUISTES SIMPLES EN OVARIO 12, CONSIDERAR QUISTES FOLICULARES, ENDOMETRIO EN FASE PREOVARICA. EN OVARIO IZQUIERDO SE ENCUENTRAN 10-12 QUISTES, SIGNO DEL ROSARIO, QUISTE DE MAYOR TAMAÑO CON DIMENSIONES APROXIMADAS 0.55 CM X 0.40 CM X 0.59 CM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-24	12:37	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2024-10-24	12:37	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	