

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	MUÑOZ	GEMA ANDREA	20	02	2002	24 años, 5 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	1313897249	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA MIRAFLORES y	098-545-2393 / (99)-999-9999
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	1313897249	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	30
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 24 AÑOS SIN PATOLOGIAS CONOCIDAS PARA REVISION DE COMPLEMENTATIOS. AL MOMENTO REFIERE DOLOR DE BRAZO DERECHO EN EL AREA DEL IMPLANTE. INDICA QUE NO HA PRESENTADO MENSTRUACION DESDE LA COLOCACION DEL IMPLANTE. AL MOMENTO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA. DENTRO DE LOS COMPLEMENTARIOS SE EVIDENCIA PROLACTINA 55.5 NG/ML. PACIENTE CON QUISTES MENORES DE 9 MM. REFIERE AUSENCIA DE MESNTRUACION HACE APRX 10 MESES DESDE QUE SE COLOCO IMPLANTES..

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: LH: 8.92, TSH: 2.01, PROLACTINA: 55.5 NG/ML

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERPROLACTINEMIA	E221		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	13:30	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 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
2026-07-30	13:30	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	