

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	INTRIAGO	MARIA TRINIDAD	10	07	1991	33 años, 2 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314061555	MANABI	CHONE	CANUTO	CANUTO y CANUTO	/
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	1314061555	CANUTO	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	02
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 33 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA UNIDAD CELULAR: 0991952718-0981234122, APP: ASMA DESDE HACE 20 AÑOS, APF: NO REFIERE, ALERGIAS: NO REFIERE, POR CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO AMENORREAS, REFIERE QUE EN PERIODOS DE MENSTRUACION ES CADA 3 O 4 MESES, DE CONTENIDO ESCASO DE 3 A 4 DIAS, 1 PAÑO AL DIA, ACOMPAÑADA DE SOMNOLENCIA, SENSIBILIDAD AUDITIVA, DOLOR ABDOMINAL EN FOSA ILIACA DERECHA 6/10 DE EVA, MAREOS, NAUSEAS, ASTENIA, CEFALEA INTENSA. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVA, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, REQUIERE VALORACION GINECOLOGICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DE TAMAÑO ECOGENICO NORMAL, ENDOMETRIO FINO MIDE 6 MM, SACO DE DOUGLAS LIBRE, OVARIO DERECHO ECOGENICO NORMAL EN DONDE SE OBSERVAN DOS QUISTES DE 2 MM, OVARIO IZQUIERDO NORMAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-02	08:44	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-10-02	08:44	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

