

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	BRAVO	MILENA YANAIRA	22	01	2005	20 años, 10 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314189216	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	ARARSTRADERO y	096-379-0256 /
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	1314189216	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	12	11
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 SIN ANTECEDENTES PREVIOS DE SALUD, CURSA CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR TRASTORNOS MENSTRUALES, CICLOS QUE DURAN UN DIA, ADEMAS DE DOLOR INTENSO TIPO COLICO QUE SE PRESENTAN ANTES Y DURANTE CICLO MENSTRUAL, PRESENTA ADEMAS SECRECION CONSTANTE DE LECHE POR AMBAS MAMAS HACE 6 MESES, ACNE VULGAR QUE APARECIO A RAIZ DE GALACTORREA, CAIDA EXCESIVA DEL CABELLO Y DEBILIDAD QUE SE PRESENTA DIARIAMENTE Y LE DIFICULTA REALIZAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS, SE REALIZO ESTUDIO DE LAB 16/07/2025 CON VALOR DE PROLACTINA 32.09, REALIZO TRATAMIENTO CON CABERGOLINA 0.5MG VO SEMANAL Y LUEGO DE 5 MESES SE REPITE EXAMEN DONDE SE EVIDENCIA VALOR AUN MAS ALTO DE PROLACTINA: 58.93 ng/mL. THS: 3.83, FT3: 4.37, FT4: 1.11.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERPROLACTINEMIA	E221		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-11	09:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-12-11	09:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

