

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	BRAVO	XIMENA ESTEFANIA	03	05	2004	20 años, 8 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314335249	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PUEBLITO y	098-143-8788 /
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	1314335249	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	01 30
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

paciente que viene para control de estudios complementarios, ESTUDIO ECOGRAFICO REPORTA MÚLTIPLES QUISTES PRESUNTAMENTE FOLICULARES EN AMBOS OVARIOS; SANGRADO MENSTRUAL IRREGULAR DESDE HACE 15 DÍAS; INDICA CON COÁGULOS DE SANGRE, REFIERE QUE EL ULTIMO FUM FUE 10 DE ENERO DEL 2025; EL TRASTORNO DESDE HACE 5 AÑOS(DESDE LOS 15 AÑOS) REFIERE SANGRADO MENSTRUAL NO ESPECIFICO HASTA DOS VECES EN EL MES, LO CUAL TAMBIÉN INDICA Y RELACIONA que HA MANTENIDO ANEMIA. REFIERE TRATAMIENTOS VARIOS PARA ANEMIA CON HIERRO INTRAVENOSO. REFIERE COMO DATO ADCIONAL MIGRAÑA DESDE HACE 10 AÑOS ASOCIADA CON MÚLTIPLES TRATAMIENTOS CON AINES, INDICA DOS TOMOGRAFIAS REALIZADAS Y ASOCIADAS A PRESUNTO EDEMA FACIAL Y DE HEMICUERPO IZQUIERDO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: leucocitos 7000, hb 9.7, hto 29.1 volumen corpuscular medio 72.4 hemoglobina corpuscular meda 22.7 plaquetas 355000 ULTRASONIDO: utero enatenversion de 4.45 cm diametro longitudinal 3.00 cm diametro ap por 4.17 cm diametro trasnve4rsal controno regular aspecto homogeneo miometrio aspecto homogeneo normal endometrio cnetral ecogenico mide 6.8mm de espesor// CUELLO UTERINO NROMAL/// OVARIO DERECHO DE 3.06 CM POR 1.78 CM POR 3.09 CM VOLUMEN 8.90 ML PRESENCIA DE IMAGENES FOLICULARES EN NUMERO DE 8-12 MENORES DE 10MM DIAMETRO UBICADOS EN FORMA CENTRAL Y PERIFERICA//// OVARIO IZQUIERDO DE 2.82 CM POR 2.28 CM POR 3.01 CM VOLUMEN 10-12ML PRESENCIA DE IAMGENES FOLICULARES EN NUMERO DE 8-12C MENORES A 10 MM DIAMETRO UBICADOS CENTRAL Y PERIFERICOS
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-30	14:02	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

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