

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	PINARGOTE	ANDREA ANAHIS	12	10	2001	23 años, 5 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314644459	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SITIO BELLA ALIANZA y	/ (09)-795-0342
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	1314644459	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Endocrinología		2025	03	18
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 23 AÑOS DE EDAD SIN APP, APF: IRC, ICC, DM. LLEGA PACIENTE A CASA DE SALUD PARA REVISION DE EXAMENES LABORATORIOS Y ECOGRAFIA. LABORATORIO 20/01/2025 HEMATIES 4.55HB 13.60 HTO 40.00 LEUCOCITOS 8.62 NEUTROFILOS 44.1 PLAQUETAS 356 TGO 25.33 TGP: 51.98, TSH: 2.06 PRL 18.06 AL EXAMEN FISICO PACIENTE CON OBESIDAD GRADO II, SE EVIDENCIA HIRsutismo EN REGION FACIAL, EXTREMIDADES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO A LA PALPACION EN FOSA ILIACA DERECHA E IZQUIERDA Y EN HIPOGASTRIO, NO SE EVIDENCIA MASAS. PACIENTE MANIFIESTA QUE NO MENSTRUUA DESDE OCTUBRE DEL AÑO PASADO (NO RECUERDA FECHA EXACTA) Y QUE SOLO MENSTRUUA CUANDO TOMA ANTICONCEPTIVOS ORALES, MANIFIESTA TAMBIEN CEFALEA EN NUMERO DE 3 SEMANALES. SE REALIZA REFERENCIA A ENDOCRINOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	08:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-03-18	08:35	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

