

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, 14 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	RICAURTE	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	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	03	26
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 GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: BIOMETRÍA HEMÁTICA Recuento de Glóbulos Rojos 4.25 10⁶/μL 4 - 6 Hemoglobina 12.7 g/dL 13 - 17 Hematocrito 39.0 % 40 - 50 Volumen Corpuscular Medio (VCM) 91.8 μm³ 80 - 100 Hemoglobina Corpuscular Media (HCM) 29.9 pg 27 - 31 Concentración de Hb Corp. Media (CHCM) 32.6 g/dL 30 - 36 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)c 13.1 % 11.5 - 15.5 Ancho de Distribución Eritrocitaria (RDW)s 45.6 μm³ Plaquetas 347 10³/μL 150 - 450 Plaquetocrito 0.35 % 0.1 - 0.5 Volumen Plaquetario Medio (MPV) 10.1 μm³ 7.4 - 11 Índice de Distribución Plaquetaria (PDWc) 12 % 10 - 18 P-LCC (PLA: Recuento células grandes) 88 10³/μL 44 - 140 P-LCR (PLA: Proporción células grandes) 25.4 % 18 - 50 Glóbulos Blancos 11.09 10³/μL 4 - 10 Linfocitos (%) 42 % 25 - 40 Neutrófilos (%) 38.4 % 55 - 65 Monocitos (%) 4.4 % 2 - 10 Eosinófilos (%) 14.5 % 0.5 - 5 Basófilos (%) 0.7 % 0 - 2 Linfocitos (#) 4.66 10³/μL 1 - 4.4 Neutrófilos (#) 4.25 10³/μL 1.6 - 7 Monocitos (#) 0.49 10³/μL 0.3 - 1 Eosinófilos (#) 1.61 10³/μL 0 - 0.5 Basófilos (#) 0.08 10³/μL 0 - 0.2 QUÍMICA: Glucosa 86.2 mg/dL 70 - 110 Urea 19.22 mg/dL 10 - 50 Creatinina 0.80 mg/dL 0.6 - 1.1 Ácido Úrico 4.61 mg/dL 2.4 - 6 Colesterol 169.5 mg/dL 0 - 200 Triglicéridos 161.1 mg/dL 0 - 150 TGO/AST 34.57 U/L 0 - 31 TGP/ALT 67.32 U/L 0 - 32 PRUEBAS ESPECIALES: Antiestreptolisina (ASTO) Cualitativo Negativo Factor Reumatoideo (LATEX) Cualitativo Negativo COPROLOGICO: COPROPARASITARIO EXAMEN DIRECTO MACROSCÓPICO Color Café Consistencia Pastosa EXAMEN COPROPARASITARIO Parásitos No se observan parásitos UROANÁLISIS: ELEMENTAL Y MICROSCÓPICO DE ORINA EXAMEN FÍSICO - QUÍMICO Color Amarillo Aspecto Ligeramente Turbio Densidad 1015 pH 6.0 Leuco Negativo Leuco/uL Nitritos Negativo Proteínas Negativo mg/dL Glucosa Negativo mg/dL Cuerpos Cetónicos Negativo mg/dL Urobilinógeno Normal mg/dL Bilirrubinas Negativo Sangre Negativo Ery/uL Hemoglobina Negativo Ery/uL EXAMEN MICROSCÓPICO Leucocitos 0 - 2 / Campo Hematíes 1 - 2 / Campo Células Epiteliales 2 - 4 / Campo Moco + Bacterias Escasas

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO	E282	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-26	08:14	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 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
2025-03-26	08:14	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	