

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SALGADO	YARLED	26	10	2001	23 años, 3 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314788587	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PRINCIPAL y AV LOS ELECTRICOS	093-943-6260 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314788587	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	02	25
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 consulta por resultado de ecografia realizada el 2/02/2025, donde reporta DIU bien insertado y ovarios con quistes foliculares en numero de 4 en ovario derecho y 5 en ovario izquierdo, FUM 22/02/2025 con amenorrea anterior de 3 meses de evolución, tiene antecedentes de cefaleas intensas y frecuentes no diagnosticadas por especialidad como migrañosa, y ciclos amenorreicos de cada 3, 5 a 6 meses, de 10 años de evolución, con falla de tratamiento hormonal por suspension , debido a las cefaleas, tiene Diu de cobre insertada hace un año ,valorada en consulta anterior visibles a la especulocopia, al momento no contamos con espejulo, se refiere a segundo nivel para evaluacion y tratamiento pertinente.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ciclos amenorreicos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMENORREA SECUNDARIA	N911		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-25	11:13	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2025-02-25	11:13	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	