

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	HERRERA	JOSSELYN ELIZABETH	22	04	1995	29 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314789932	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	RECREO ARAY y CALLE MANUEL DE JESUS ALVAREZ	098-517-7715 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314789932	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	2024	10	10	
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

CONTROL ECOGRAFICO OVARIO DERECHO DE LOCALIZACION PARAUTERINA DE FORMA OVOIDEA ESTROMA HOMOGENEO, SE OBSERVAN DE 8 A 1 FOLICULOS LONGITUDINAL 3.51 CM AP 2.40 CM TRASNVERSAL 2.51 CM VOLUMEN 11.07 ML//// OVARIO IZQUEIRDO DE LOCALIZACION PARAUTERINA PATRON HIPOECOGENICO ESTROMA HOMOGENEO SE OBSERVAN D 8 A 11 FOLICULOS DIMENSIONES LONGITUDINALES 2.93 AP 1.88 CM TRASNVEISAL 2.72 CM VOLUMEN 7.84 ML//// REFIERE QUE CADA MES VIENE SANGRADO DE MINIMA CANTIDAD EN 4-5 DIAS /// FUM 6 DE OCTUBRE DEL 2024/// MESES ANTERIORES EN ABUNDANTE CANTIDAD HASTA DOS VECES EN EL MISMO MES.DIAGNOSTICO ECOGRAFICO POLIQUISTOSIS OVARICA POR MOTIVO DE CONTEO FOLICULAR SUPERIOR AL LIMITE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-10	09:02	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
2024-10-10	09:02	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	