

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BRAVO	KERLY VIRGINIA	14	06	1999	25 años, 4 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315629236	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIUDADELA MUNICIPAL y CIUDADELA MUNICIPAL	096-059-4783 /
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	1315629236	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	11	12
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 FEMENINO DE 25 AÑOS DE EDAD, APP NO REFIERE, ALERGIAS CORTICOIDES, ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA CONTROL MEDICO GENERAL Y REVISION DE ECOGRAFIA INTRAVAGINAL DEL DIA 27/09/2024 CON HALLAZGOS ECOGRAFICOS DE: OVARIOS POLIQUISTICOS DISTRIBUCION ARROSARIADO EN AMBOS OVARIOS. CON PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE EN FONDO DE SACO. SE TOMAN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS QUE INDICAN OBESIDAD TIPO I. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, GAS GLOW 15/15. REFIERE SANGRADO VAGINAL ACTIVO. SE REALIZA REFERENCIA CONT EXTER GINECOLOGIA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OVARIOS POLIQUISTICOS DISTRIBUCION ARROSARIADO EN AMBOS OVARIOS. CON PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE EN FONDO DE SACO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-12	15:45	Medicina Rural	ELIECER XAVIER ANDRADE CEVALLOS	1313019422	

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
2024-11-12	15:45	Medicina Rural	ELIECER XAVIER ANDRADE CEVALLOS	1313019422	

