

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	HIDALGO	LANDY VIVIANA	21	10	1998	25 años, 11 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	1315864965	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EL ROCIO y	/
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/Área		
MSP	1315864965	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	09	27
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	☐	HIPERMETRORAGIA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD. NO REFIERE ANTECEDENTES CLINICOS, O QUIURGICOS. AGO: G1 C1 P0 A0.. REFIERE USO DE ANTICONCEPTIVO COMBINADO INYECTABLE HACE 2 AÑOS SIN PRESENCIA DE SINTOMAS (NORETISTERONA-ESTRADIOL) PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 22 DIAS DE HIPERMETRORAGIA, ACOMPAÑADA DE DOLOR PELVICO, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIPERMETRORAGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico				CIE-10	PRE	DEF
MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR				N921	X	
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA	
2024-09-27	22:11	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	 FIRMA Firmado electrónicamente por: JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica 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
2024-09-27	22:11	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	