

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRANZA	LOOR	LADY MARIBEL	23	05	1998	26 años, 5 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316324530	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA ZAMBRANO y SN	096-313-5853 /
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	1316324530	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		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 DE 26 AÑOS QUE ACUDE CON RESULTADO DE ECOGRAFIA INTRACAVITARIA. PACIENTE REFIERE QUE LLEVA UN MES CON SANGRADO TRANSVAGINAL ABUNDANTE A DIARIO. PREVIO A LOS SANGRADOS REFIERE 8 MESES DE AMENORREA. ADEMAS MANIFIESTA TENER COLICOS INTENSOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: OVARIO DERECHO: VOLUMEN 12CC. MULTIPLES FOLICULOS EN DISTRIBUCION DE ROSARIO DE ENTRE 0.5CM Y 0.9CM. VASCULARIZACION NORMAL. // OVARIO IZQUIERDO: VOLUMEN DE 15CC, FOLICULOS EN DISTRIBUCION DE ROSARIO DE ENTRE 0.5 Y 0.9 CM, VASCULARIZACION NORMAL
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-12	10:46	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

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	10:46	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	