

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	VERA	MEHISY GUADALUPE	09	10	2011	13 años, 1 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=M 2=F

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350124051	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LAS PALMAS y SN	099-856-1159 /
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. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Área		
MSP	1350124051	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13007 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2024	12	02

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 ☐	QUISTES DE OVARIO

3. Resumen del cuadro clínico

MENARQUIA HACE UN AÑO, CON PERIODOS DE AMENORREA, Y SANGRADOS DE HASTA 8 DÍAS ABUNDANTE, NO COÁGULOS. CON DOLOR ANTES Y DURANTE MENSTRUACIÓN. NO MASTODINIA. ECOGRAFÍA REPORTA QUISTE DE OVARIO DERECHO Y MICROQUISTES EN OVARIO IZQUIERDO, FONDO DE SACO LIBRE, CUELLO UTERINO NORMAL 0998561159. LABORATORIO: HB 13.2 HTC 37.8 PLAQUETAS 333.000 GB 5.240 GR 4.490.000.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO	E282		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2024-12-02	10:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRÓN NIETO	1009-14-1292330

FIRMA
Dr. Irving Buitrón Nieto
C.I. 1311629818
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

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/Área	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
2024-12-02	10:29	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRÓN NIETO	1009-14-1292330	