

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	LOOR	GUADALUPE MARIBEL	14	06	2011	13 años, 5 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350396253	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS RAIDISTAS	098-831-0163 /
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	1350396253	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	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	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 13 AÑOS DE EDAD ACUDE CON SU MAMA HOY. APP NO APQ NO ALERGIAS NO ACUDE EL DIA DE HOY PARA REVISION DE EXAMENES CON FECHA 25-11-24 BH HB 12 HCT 36 LEUCO 4.4 PLAQUETAS 227 ADEMAS TRAE ECOGRAFIA PELVICA CON FECHA 25-11-24 QUE REPORTA POLIQUISTOSIS UNILATERAL IZQUIERDA, ENDOMETRIO EN FASE PROLIFERATIVO PERIOVULATORIO, EN EL OVARIO IZQUIERDO REPORTA QUISTES 10-12, SIGNO DEL ROSARIO, QUISTE DE MAYOR TAMAÑO CON DIMENSIONES APROXIMADAS 0.37 CM X0.25 CM X 0.29 CM VOL 4.35 ML EN EL OVARIO DERECHO VOL 3.81 ML. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA DISMENORREA HACE 1 AÑO Y ADEMAS DOS SANGRADOS MENSTRUALES EL MES PASADO AMBOS DE 8 DIAS. SE PRESCRIBE IBUPROFENO 400MG CADA 8 HORAS POR 5 DIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

POLIQUISTOSIS UNILATERAL IZQUIERDA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	N832	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-27	11:20	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2024-11-27	11:20	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

