

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| COOX             | COX              | ALICIA ANNABEL | 12                  | 08  | 2009 | 15 años, 2 meses, 5 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350397244        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SAN PABLO y                  | 098-030-1642 /      |
| 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                 | 1350397244      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  |  | 13D07 / ZONA 4 |  |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                           |  | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia |  | 2024  | 10  | 17  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad              |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE QUE REQUIERE REVISIÓN DE ESTUDIO ECOGRAFICO DE FECHA 9 DE SEPTIEMBRE DEL 2024 EN RELACION A EN OVARIO IZQUIERDO TRES QUISTES FOLICULARES DE 3MM CADA UNO, OVARIO DERECHO NORMAL. INDICA MNESTRUACION IRREGULAR CADA 3 MESES DESDE HACE UN AÑO, NO DATOS DE VIOLENCIA. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| NO |
|----|

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                            |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024-10-17 | 14:50 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |  Firmado electrónicamente por:<br>JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ |

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 |
|------------|-------|------------------|-----------------------------|------------|-------|
| 2024-10-17 | 14:50 | Medicina General | JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ | 1309502043 |       |