

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ESMERALDA	OSTAIZA	ANGGIE JOHANNA	23	03	2011	14 años, 11 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350420483	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	DESCANSO DE LOS ROMEROS y DESCANSO DE LOS ROMEROS	093-999-5280 /
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	1350420483	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	03	04
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 FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO ACUDE A CONSULTA DEBIDO A SANGRADO UTERINO ABUNDANTE DE 14 DIAS DE EVOLUCION (LLENA 4 TOALLAS SANITARIAS DIARIAS)EN EL CICLO ACTUAL, PATRON RECURRENTE DESDE 3 MESES ATRAS. REFIERE DOLORS PELVICOS SOBRE TODO EN ESTE ULTIMO MES. AL EXAMEN FISICO HIPOGASTRIO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA. PACIENTE MENCIONA TRATAMIENTO PREVIO CON ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO (Microgynon) DURANTE 3 MESES PERO DEBIDO A QUE LA GINECOLOGA DE CABECERA RENUNCIO NO HA PODIDO SEGUIR CON CONTROLES. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA CHONE PARA SEGUIMIENTO Y VALORACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIAN EXAMENES COMPLEMENTARIOS DE CONTROL.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-04	14:37	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHHELL GOYES LOOR	1316102464	

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 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
2026-03-04	14:37	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHHELL GOYES LOOR	1316102464	

