

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MECIAS	MENDOZA	MARIA MONSERRATE	19	09	2002	22 años, 6 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350529887	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AVENIDA MARCOS ARAY DUEÑAS y	099-369-5212 / (09)-903-2019
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	1350529887	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Nutrición		2025	03	21
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

F 22A. APP: SOP. APF: NR. APQX: CARDIOTORACICA (7A). AA: NR. ACUDE POR CONTROL DE OVARIOS POLIQUISTICOS . AL INTERROGATORIO MENCIONA MENSTRUACIONES IRREGULARES Y DOLOROSAS. SE OBSERVA OBESIDAD TIPO II. SE OBSERVA ACANTOSIS NIGRICANS, OBESIDAD ABDOMINAL. ACUDE CON ECOGRAFIA TRANSVAGINAL Y LABORATORIOS REPORTADOS EN PESTAÑA CORRESPONDIENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: GLUCOSA BASAL 88 INSULINA 22.24 HOMA IR 4.82 FSH 3.09 ESTRADIOL 135.4

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO METABOLICO, NO ESPECIFICADO	E889	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-21	14:30	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-03-21	14:30	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	