

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	LOOR	SASKYA CHARLOTTE	08	08	2014	10 años, 1 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	1351859978	MANABI	CHONE	RICAURTE	CHONE y	098-955-4266 /
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	1351859978	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	09	10
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 FEMENINA DE 10 AÑOS. APP: POLIQUISTOSIS OVARICA; AUTISMO ATIPICO DIAGNOSTICADO HACE 2 AÑOS. APF: MADRE HTA, ABUELOS MATERNOS Y ABUELO PATERNO HTA APQX: NO REFIERE ALERGIA: NO REFIERE. AGO: MENARQUIA 9 AÑOS. CICLOS MENSTRUALES REGULARES 28-03 PACIENTE QUE ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRE QUIEN SOLICITA CERTIFICADO MÉDICO Y ADEMÁS REFIERE ODINOFAGIA DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN, NO REFIERE NI TOS NI RINORREA. MADRE REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO FUE DISGNOSTICADA DE POLIQUISTOSIS OVARIA Y PRESENTA DISMENORREA EVA 9/10 EN CADA MENSTRUACIÓN, NO REFIERE METRORRAGIAS. MADRE ADEMÁS REFIERE MANEJO DE DISMENORREAS CON IBUPROFENO 200MG VO SIN EMBARGO, NO CEDEN. LE PREOCUPA MANEJO CON MEDICACIÓN ANTICONCEPTIVA POR EDAD DE LA PACIENTE, SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACIÓN Y MANEJO POR GINECOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: Se realiza ultrasonido pelvico con transductor convexo multifrecuencial evidenciando utero: central de tamaño y morfología conservada en antroversoflexión sin evidencia de lesiones intramurales. Mide: 61 X 24 mm Endometrio de: 3.4 mm laminar. Cervix cerrado. Ambos ovarios: Ovario derecho: 34 X 2 X 2 mm, con multiples imágenes anecogenicas en todo el parenquima. Vol. 7.4 c Ovario izquierdo: 23 X 13 X 24 mm, con múltiples imágenes anecogenicas en todo el parenquima. Vol. 4.1 cc Vejiga: plenificada. paredes lisas, con sedimento urinario. Vol. 371 cc. Fondo de saco lore PRESUNCION DIAGNOSTICA: •POLIQUISTOSIS OVARICA BILATERAL

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-10	18:50	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	 Firmado electrónicamente por: KRISTEL MADELINE LUNA LOOR

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
2024-09-10	18:50	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	