

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TORRES	OCHOA	SILVANA XIMENA	20	12	1991	33 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	1721863155	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	MATAPALO y	097-880-4865 / (00)-000-0000
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	1721863155	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Endocrinología	2025	02	25
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 CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARACTERIZADO POR DISPAURENIA, RESEQUEDAD VAGINAL, PERDIDA COMPLETA DEL LIBIDO SEXUAL. PACIENTE REFIERE PREOCUPACION DEBIDO A PROBLEMAS CON PAREJA POR ESTA SITUACION, SE REALIZA ESTUDIOS DE LABORATORIO EN DIA 21 DEL CICLO MENTRUAL DONDE SE REFLEJA VALORES BAJOS DE ESTRADIOL Y PROGESTERONA. LLEVA TRATAMIENTO CON ESTRIOL VAGINAL. RESULTADOS DE LAB 25/02/2025 REALIZADOS EN DIA 21 DE CICLO MENTRUAL LH: 1.24 FSH: 3.60 ESTRADIOL: MENOR A 11.80 PROGESTERONA: 0.33 TESTOSTERONA: 0.15 TSH: 0.89 FT4: 1.82 FT3: 4.95

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRUEBAS ESPECIALES: RESULTADOS DE LAB 25/02/2025 REALIZADOS EN DIA 21 DE CICLO MENTRUAL LH: 1.24 FSH: 3.60 ESTRADIOL: MENOR A 11.80 PROGESTERONA: 0.33 TESTOSTERONA: 0.15 TSH: 0.89 FT4: 1.82 FT3: 4.95

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ENDOCRINO, NO ESPECIFICADO	E349		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-25	10:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2025-02-25	10:47	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	