

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	ALMEIDA	JAELY JIMABEL	22	12	2011	12 años, 8 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1729817542	MANABI	CHONE	CONVENTO	ISIDORO MENDOZA y	098-775-2301 /
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	1729817542	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2024	09	12
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 ADOLESCENTE DE 12 AÑOS DE EDAD, SEXO MUJER APP: ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO A CONSECUENCIA DE MENS TRUACION ABUNDANTE. ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE POR CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARCTAERIZADO POR SANGRADOS ABUNDANTE, SE REALIZA ECOGRAFIA EN LA CUAL REPORTA QUISTE FOLICULAR DE ANEXO DERECHO, ADEMAS SE HA REALIZADO BIOMETRIAS QUE REPROTAN HEOGLOBINA DE 6 Y LUEGO EL 21/08/2024 HB 7.00, SE ATENDIO CON GINECOLOGO PARTICULAR QUE PRESCRIBIO HIERRO VIA ORAL, SANGRADOS CONTINUAN ABUNDANTES, AL EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALICA; MUCOSAS; NORMOCOLOREADAS Y SEMIHUMEDAS; CUELLO: SIMÉTRICO, SIN ADENOPATÍAS; TORAX: SIMETRICO; CAMPOS PULMONARES: CLAROS Y VENTILADOS EN AMBOS CAMPOS; RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, NO SOBREAÑADIDOS, NO SOPLOS; ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SUAVE, NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA NI SUPERFICIAL, RUIDOS HIDROAEREOS PRESENTES; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, PLAN SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA LEUC 5.42 HCTO 26.5 HCTO 7 PACIENTE AMERITA VALORACION YTRATAMIENTO ESPECIALIZADO POR SERVICIO DE GINECOLOGIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR	N921		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-09-12	14:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2024-09-12	14:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

