

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDERON	PINCAY	ANA BELEN	22	10	2007	17 años, 5 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2300839293	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA JUNIN y	098-367-7524 /
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	2300839293	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	04	03
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

MUJER DE 15 AÑOS CON APP DE SINDROME DE TURNER CON HIPOTIROIDISMO TRATADO CON LEVOTIROXINA 25 MCG, CALCIO Y VITAMINA C VO QD , SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO TRATADO CON ANTICONCEPTIVOS COMBINADOS CON AMENORREA DE LARGA DATA CON CUADRO DE DEFICIT DE CRECIMIENTO SE EVIDENCIA AL MOMENTO DEL NACIMIENTO. PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR PRECORDIAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA, CANSANCIO, DEBILIDAD QUE SE PRESENTAN DE MANERA ESPORADICA DESDE HACE MAS O MENOS UN AÑO DE EVOLUCION. PACIENTE EN CONTROL TRIMESTRAL CON ENDOCRINOLOGIA Y CARDIOLOGIA EN ESPERA DE REALIZACION DE ECO DOPPLER PARA INVESTIGACION DE CUADRO ANTES DEECRITO POR PATOLOGIA CRONICA. RSCS: RITMICOS Y FONETICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EKG

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I519		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-03	14:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-04-03	14:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

