

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	CHINGA	ANGELY JULIETT	29	10	2005	20 años, 3 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	0961352242	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PRUDENCIO LOOR y	099-274-8243 /
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	0961352242	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	02	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 20 AÑOS QUE ACUDE A CONSULTA POR DOLOR ABDOMINAL BAJO Y SENSACIÓN DE MOVIMIENTOS INTERNOS. REFIERE CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES, CON MENSTRUACIÓN ESCASA Y DURACIÓN VARIABLE 01:28 DIAS - PRESENTA VELLO EN BRZOS Y PIERNAS, SIN DATOS DE HIRSUTISMO PATOLÓGICO. CUENTA CON REPORTE ECOGRÁFICO PREVIO QUE EVIDENCIA QUISTE FOLICULAR DE OVARIO - Y ESTUVO EN TRATAMIENTO HORMONAL EL CUAL SUSPENDIO HACE 3 MESES - SOLICITA REFERENCIA A GO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DE CARACTERISTICAS ECOGRAFICAS NORMALES - NO MIOMAS - NO POLIPOS //// ENDOMETRIO NORMAL --- OVARIO DERECHO PEQUEÑO --- MASA QUISTICA COMPLEJA EN OVARIO IZQUIERDO DE 4 X 4 CM - NO CIRCULACION INTERNA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE FOLICULAR DEL OVARIO	N830		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	13:17	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2026-02-10	13:17	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	