

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CRUZ	MURCIA	LUZ ADRIANA	16	01	1996	30 años, 3 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
COLOMBIANO/A	COLOMBIA	0964137293	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y	099-330-8426 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0964137293	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	05	07	
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

Usuaría acude a consulta por presentar Bartolinitis, refiere que desde hace aproximadamente 2 años, tuvo el primer episodio de inflamación de la glándula de Bartolín, luego durante el embarazo a los 8 meses del mismo, se presentó otro episodio y desde entonces hasta la fecha en 4 ocasiones, ha acudido por el área de emergencia tanto de esta unidad, así como del hospital en la que solo han drenado el absceso, el cual vuelve a inflamarse, al examen físico general normal, al examen ginecológico se observa, masa pequeña de aproximadamente 1cc en labio menor izquierdo, se refiere a segundo nivel para resolución definitiva con marsupialización de acuerdo a criterio médico especializado.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

masa en vulva

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE DE LA GLANDULA DE BARTHOLIN	N750		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	10:55	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
JANNINA MONSERRAT
AMBROSSI DE LA A

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
2026-05-07	10:55	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	