

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVARADO	TRIANA	MADELAIN MAYTE	09	09	2006	19 años, 6 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1206958496	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CIUDADELA BASURTO y SN	099-683-3461 / (05)-275-4787
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	1206958496	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	03	24
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 DE 19 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD REFIRIENDO SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO. PACIENTE EL AÑO PASADO ESTUVO EN CONTROLES PERO DADO LA GINECOLOGA DEL HOSPITAL BASICO SAN ANDRES RENUNCIO NO HA SEGUIDO CON LOS MISMOS. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTOPICO EL AÑO PASADO EN EL MES DE JULIO. FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: 16 DE FEBRERO DEL 2026. DISMENORREA DE 10/10 EL PRIMER DIA DEL CICLO, DIAS SIGUIENTES DOLOR 8/10. PACIENTE REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO DE MODERADA INTENSIDAD DESDE 2 MESES ATRAS, QUE CONTINUA A PESAR DE MEDICACION (OVARINA Y DICLOFENACO). ULTIMA ECOGRAFIA REPORTADA EN SISTEMA EVIDENCIA OVARIOS POLIQUISTICOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE ENVIA A REALIZAR NUEVA ECOGRAFIA Y LABORATORIOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO	E282		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-24	10:21	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	

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
2026-03-24	10:21	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHELL GOYES LOOR	1316102464	