

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MALA	ZAMBRANO	CENIS MARTIRE	23	08	1966	59 años, 8 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306497502	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO BEJUCO y	096-725-1971 /
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	1306497502	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	05	13
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 59 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR DOLOR EN HIPOGASTRIO PACIENTE REFIERE QUE LE HAN DICHO QUE TIENE QUISTE SIMPLE DE OVARIO DERECHO, TRAE ECOGRAFIA REALIZADA EL 6/01/2025,PACIENTE CON AQX DE HISTERECTOMIA HACE MAS O MENOS 12 AÑOS

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: NO SE VISUALIZA UTERO SE EVIDENCIA QUISTE DE TAMAÑO 5.69*6.56*69.69 CM, SEGUNDO QUISTE 5.96, SE REALIZA LUEGO ECOGRAFIA DE CONTROL EL 30/10/2025 EL CUAL REPORTA QUISTE DE MAS O MENOS 7.6 CM, Y ULTIMA ECOGRAFIA REALIZADA 7 DE ABRIL DEL 2026 EL CUAL REPORTA QUISTE EN OVARIO DERECHO QUE MIDE 13.9*7.9 CM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS QUISTES OVÁRICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	N832		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-13	09:02	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐



Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
ANA JULIA SORNOZA
MENDOZA

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
2026-05-13	09:02	Medicina General	ANA JULIA SORNOZA MENDOZA	1311651622	