

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VELIZ	MARIA EUGENIA	24	07	1987	37 años, 11 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311592750	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN CAYETANO y SN	098-603-7642 / (05)-236-0913
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	1311592750	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	2025	07	21
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 37 AÑOS, ACUDE POR CONSULTA GINECOLOGICA. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 3 PARTOS: 3 CESAREAS: 0 ABORTOS: 0. PIG: 8/08/2019 IVS: 19 AÑOS, MENARQUIA: 14 AÑOS, FUM: 23/06/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: SALPINGECTOMIA. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE INYECTABLE DURANTE 4 AÑOS. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. PACIENTE REFIERE PRESENTAR HEMORRAGIA UTERINA POSTERIOR A MENSTRUACIONES NORMALES DE +/- 4 O 5 DIAS DE DOS AÑOS DE EVOLUCIÓN. ECOGRAFIA REALIZADA REPORTA IMAGEN ANECOICA DE BORDES DEFINIDOS, SE OBSERVAN TABIQUES EN SU INTERIOR COMPATIBLE CON QUISTE COMPLEJO, MIDE 33 X 28 MM.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA REALIZADA REPORTA IMAGEN ANECOICA DE BORDES DEFINIDOS, SE OBSERVAN TABIQUES EN SU INTERIOR COMPATIBLE CON QUISTE COMPLEJO, MIDE 33 X 28 MM.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	08:37	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	



Diana Kathiusca
Zambrano Andrade



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
2025-07-21	08:37	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

