

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERGARA	FELISA STELA	03	11	1983	41 años, 4 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311820060	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	097-999-9872 / (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	1311820060	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	03	06
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 41 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONTROL POR QUISTES OVARICOS . APP DE HTA. REFIERE HABER ESTADO EN TRATAMIENTO 6 MESES CON ACO QUE TERMINO HACE UN PAR DE SEMANAS. ECOGRAFIA DE CONTROL REPORTA QUISTE DE 15MM EN OVARIO DERECHO Y QUISTE DE 3 Y 4 MM EN OVARIO IZQUIERDO. PACIENTE MANIFIESTA QUE EN PRIMERA ECOGRAFIA PRESENTABA MAS QUISTES. REFIERE TAMBIEN SANGRADOS GENITALES QUE HA PRESENTADO DESDE QUE SE HIZO RECANALIZACION DE TROMPAS DE FALOPIA. DICE QUE EN SALPINGOGRAFIA LE REPORTARON OBSTRUCCION EN UNA DE LAS TROMPAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: OVARIO DERECHO: 15MM // OVARIO IZQUIERDO: DOS QUISTES DE 3 Y 4 MM.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR	N921		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-06	11:57	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

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