

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	VERA	MARIA EUGENIA	10	12	1989	35 años, 11 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311932261	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PLABLO y	095-995-0485 / (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	1311932261	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	2025	11	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 refiere que acude para revision de exámenes y ecografia, paciente refiere dolor en foso iliaca izquierda de moderada intensidad constante, trae resultados de exámenes y ecografia solicitados, con antecedente de histerectomia y oofarectomia derechas hace aproximadamente un año, hipertensa, cabeza: normocefalica mucosas orales húmedas campos pulmonares limpios claros, tórax normotorax, mamas simétricas no dolorosas a la palpación, abdomen: suave depresible doloroso a la palpacion en region hipogastrica, al examen ginecológico no hay presencia de leucorrea, no hay presencia de sangrado, Extremidades: Inferiores No edemas, no várices

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA SANGUÍNEA: Glucosa 98 urea 27.87 creatinina 0,84 ac urico 3.35 trigliceridos 143 colesterol 224 TGO 55 TGP 89.6
BIOMETRIA HEMATICA: Hemoglobina 11,1 Hematocrito 35,5 Plaquetas 556 ULTRASONIDO: UTERO Y OVARIO DERECHO NO VALORABLE, OVARIO IZQUIERDO PRESENCIA DE MASA QUISTICA COMPLEJA 69MM X 398MM CONTORNO REGULAR ENCAPSULADA MULTILOBULAR
MAPEO DOPPLER NO SE DETERMINA PRESENCIA DE FLUJO, PRESENCIA DE REFUERZO QUISTICO POSTERIOR.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-24	14:37	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

Firmado electrónicamente por:
KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA
Validar únicamente con FirmaRC

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
2025-11-24	14:37	Obstetricia	KAREN KATIUSKA VIVAS MICOLTA	0803162742	

