

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	MUÑOZ	MARIA CONCEPCION	08	12	1990	34 años, 7 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312589920	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO y	099-847-3281 /
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	1312589920	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	08	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 34 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, NIEGA ALERGIAS. ACUDE A LA UNIDAD OPERATIVA PARA REVISIÓN DE ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL REALIZADA EL 05/08/2025. PACIENTE REFIERE PRESENTAR DOLOR PELVICO DE MODERADA INTENSIDAD DE LARGA DATA DE EVOLUCION. DE MOMENTO ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLÓGICAS, AFEBRIL. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS REFERENCIALES; ANTROPOMETRÍA: OBESIDAD TIPO I; EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIÓN. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DIÁMETRO DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES; ECOGENISIDAD HOMOGÉNEA; ENDOMETRIO MIDE 9 MM; PRESENCIA DE LIQUIDO EN EL SACO DE DOUGLAS; OVARIO DERECHO: PRESENTA 2 QUISTES DE MAYOR TAMAÑO MIDE 12 MM; OVARIO IZQUIERDO: PRESENTA QUISTE FOLICULARES MIDEN ENTRE 3 Y 6 MM.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-06	09:04	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

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
2025-08-06	09:04	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

