

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	FLECHER	ISAURA VANESSA	22	10	1985	39 años, 9 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312627233	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MERCEDES Y 7 DE AGOSTO y	098-311-6638 /
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	1312627233	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	07	28
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 consulta por presentar sangrado irregular durante el mes de Julio FUM Inicial 3/07/2025, normal, luego de 15 días nuevamente sangrado menstrual en mayor cantidad y mas días de duración, por lo que decide realizarse ecografia transvaginal, realizada el 21/07/2025 la cual reporta útero de tamaño normal, endometrio engrosado 13 mm de grosor, ovarios derecho e izquierdo ambos con quistes foliculares entre 4-6 de 10 mm de diámetro, examen físico general normal, paciente sin uso de anticonceptivo , tiene 13 años de compromiso sin lograr un embarazo por lo que se refiere a segundo nivel.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON 13 AÑOS SIN LOGRAR UN EMBARAZO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFERTILIDAD FEMENINA, NO ESPECIFICADA	N979		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	10:05	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

Firmado electrónicamente por:
JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-07-28	10:05	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	