

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	RIVERA	CARMEN TERESA	15	10	1995	29 años, 3 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313294850	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	10 DE AGOSTO y 096-811-5414 / (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	1313294850	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	02	14
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 29 AÑOS, FUM: 10/01/25, G0. APP: NIEGA. APF: NIEGA. APQX: COLECISTECTOMIA ABIERTA. ALERGIA: NIEGA. ACUDE POR REVISIÓN DE ECOGRAFIA REALIZADA POR MENSTRUACIONES IRREGULARES HACE TRES AÑOS, LA CUAL REPORTA OVARIOS POLIQUISTICOS, SUS CICLOS SON CADA 90 DIAS DE DURACIÓN DE 2 DIAS (PACIENTE DESCRIBE ESTOS DOS DÍAS COMO SOLO SPOTTING). AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, AFEBRIL, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE FEMENINA CON DIAGNOSTICO DE OVARIOS POLIQUISTICOS HACE TRES AÑOS, CON ECOGRAFIA REALIZADA EL 25 DE ENERO QUE CONFIRMA DIAGNOSTICO, DEJÓ EL TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVOS ORALES PORQUE LE CAUSAN EFECTOS SECUNDARIOS CEFALEA, VOMITOS Y MAREO.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-14	08:04	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

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