

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIO	PAZMIÑO	EUGENIA CAROLINA	16	12	2000	24 años, 3 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313497271	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LOS HIDALGOS y	098-850-9786 / (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	1313497271	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	25
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

DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HIPOGASTRIO - DISMENORREA DESDE HACE ALGUNAS SEMANAS - DISMENORREA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECO: UTERO ECOGENICIDAD HOMOGENEA-ENDOMETRIO MIDE 6.78- SACO DE DOUGLAS LIBRE - O DERECHO: DIAMETRO CONSERVADO SE OBSERVAN IMAGENES ANECOICAS REDONDEADAS COMPATIBLES CON QUISTES MAS DE 7 ENTRE 4 Y 8 MM- O IZQUIERDO : DIAMETRO CONSERVADO SE OBSERVAN IMAGENES ANECOICAS REDONDEADAS COMPATIBLES CON QUISTE MIDEN ENTRE 4 Y 7 MM EN NUMERO DE 8

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-25	12:21	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	

Firmado electrónicamente por:
MARIO FABIAN CERCADO PLUAS

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
2025-03-25	12:21	Medicina Interna	MARIO FABIAN CERCADO PLUAS	4543	