

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	VERA	WENDY GEMA	25	05	1999	26 años, 4 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	1313527663	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LAS PIEDRAS y	099-716-0843 /
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	1313527663	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	10	01
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 DE 26 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, NIEGA ALERGIAS, AGO: G2 P2, PIG: 1 AÑO 7 MESES, FUM: 26/09/2025, ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE ECOGRAFIA, AL MOMENTO ESTABLE EN BUEN ESTADO GENERAL, NIEGA SINTOMATOLOGIA DE ALARMA, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS REFERENCIALES; 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: DIAMETRO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES; ENDOMETRIO MIDE 5 MM; SACO DE DOUGLAS LIBRE; OVARIO DERECHO: PRESENTA QUISTES EN NUMERO DE 3 MIDEN ENTRE 4 Y 6 MM; OVARIO IZQUIERDO: PRESENTA QUISTE SIMPLE MIDE 33 X 30 MM.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-01	10:58	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
2025-10-01	10:58	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	