

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ANCHUNDIA        | ANCHUNDIA        | MARIUXI XIMENA | 22                  | 04  | 2002 | 23 años, 3 meses, 13 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313576843        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | EL VERGEL y LAS DOS BOCAS    | 099-468-7473 /       |
| 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                 | 1313576843      | 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 | 08    | 04  |  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad              | día  | mes   | año |  |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente consulta por querer embarazo, hace 15 meses no utiliza anticoncepcion, esta comprometida hace 17 meses, y no se embaraza, trae exámenes de laboratorio enviados en donde se reportan exámenes dentro de parámetros normales, exepto HB 10.9g/dl, trae ecografia transvaginal realizada el 9/04/2025 que reporta ovarios multifoliculares en numero de 6 a 7 en cada ovario, menstruaciones son normales, tiene obesidad morbida, examen físico general normal, se refiere a segundo nivel.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: VDRL NO REACTIVO INMUNOLOGIA: TSH 3.31uU/ML, T3 1.-60 ng/ml, T4 78,79 ng/ml HEMATOLOGIA: HB. 10.9 h/dl  
QUIMICA: glucosa 99.2 mg/dl, urea 17, creatinina 0.56, colesterol 158, triglceridos 137 acidourico 4.5 mg/dl, TGO 22, TGP 21U/L

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                              |
|------------|-------|--------------|------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-08-04 | 12:17 | Obstetricia  | JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A | 0913042487 |  FIRMA<br>Firmado electrónicamente por:<br>JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A<br>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 |
|------------|-------|--------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2025-08-04 | 12:17 | Obstetricia  | JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A | 0913042487 |       |