

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	ZAMBRANO	BELLA INES	15	02	1991	34 años, 5 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313826842	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LOS PERUCHOS y	099-999-9999 /
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	1313826842	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	07	30
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 34 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, NIEGA ALERGIAS. ACUDE A LA UNIDAD OPERATIVA PARA REVISION DE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REALIZADA EL 08/07/2025. PACIENTE REFIERE SECRECION VAGINAL DE COLOR VERDE DE OLO R FETIDO DE MODERADA CANTIDAD MAS PRURITO VULVOVAGINAL DE 7 DIAS DE EVOLUCION, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE. AL MOMENTO ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS, AFEBRIL.SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS REFERENCIALES; ANTROPOMETRÍA: EUTRÓFICO. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DE TAMAÑO ECOGENICIDAD NORMAL ENDOMETRIO FINO HOMOGENO TAMAÑO NORMAL SACO DE DOUGLAS LIBRE DE LIQUIDO OVARIO DERECHO TAMAÑO NORMAL PRESENCIA DE QUISTES MENORES DE 2 MM OVARIO IZQUIERDO TAMAÑO NORMAL QUISTES MENORES DE 2 MM ID: OVARIOS POLIQUISTICOS

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-30	10:14	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
2025-07-30	10:14	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

