

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	COBOS	MARIA NOHELIA	10	03	2004	21 años, 7 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313827550	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ROCAFUERTE y JUAN MONTALVO	096-383-0799 /
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	1313827550	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	10	21
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 21 AÑOS CON ABESIDAD GRADO I CONSULTA POR PRESENTAR AMENORREA DE 9 MESES - REVISAR ECOGRAFIA TRANSVAGINAL - AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE - EXAMEN FISICO NORMAL - ECOGRAFIA CON ID DE SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO SE INICIA TRATAMIENTO - SE REFIERE A GINECOLOGIA POR QUISTE COMPLETO 2.7 X 2.0 X 2.3 CM
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA TRANSVAGINAL QUE REPORTA OVARIO DERECHO DE TAMAÑO AUMENTADO VOLUMEN DE 24,29CC SE OBSERVA EN SU INTERIOR UNA IMAGEN REDONDEADA ANECOICA DE BORDES DEINIDOS , PRESENTA TABIQUES EN SU INTERIOR COMPATIBLE CON QUISTE COMPLETO MIDE 2,70 X 2.01 X 2.36 CM VOLUMEN DE 5.77CC - OVARIO IZQUIERDO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL SE OBSERVAN 14 QUITES FOLICULARES DE ENTRE 3 Y 9 M
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-21	09:03	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA
MONTES
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 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
2025-10-21	09:03	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	