

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ESPINOZA	MAYRA JAMILETH	17	09	2000	24 años, 10 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313894626	MANABI	CHONE	CANUTO	CASA GRANDE y	098-129-0586 /
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	1313894626	CANUTO	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	08	08
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 FEMENINO DE 24 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO. APP: PRECLAMPSIA EN ULTIMO EMBARAZO. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: CESAREA HACE 6 AÑOS. APF: NO REFIERE. AL MOMENTO ACUDE POR DOLOR A NIVEL DE REGION PELVICA QUE SE LOCALIZA EN FOSA ILIACA DERECHA, MANIOBRAS DE MCBURNEY, PRON, REBOTE NEGATIVAS, TRAE ECOGRAFIA ENEL QUE MENCIONA OVARIO MULTQUISTICO UNILATERAL DERECHO. AMENORREA APROXIMADAMENTE 5 AÑOS. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. EXAMEN FISICO NORMAL. SIN SIGNOS DE ALARMA. SE RECOMIENDA VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA , AREA DE GINECOLOGIA POR CONSULTA EXTERNA. SE DA TTO PARA TRATAR CUADRO DE SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO. METFORMINA 500MG QD, ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO. CONTROL SUBSECUENTE EN UN MES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UTERO LATERALIZADO Y EN AV; ENDOMETRIO SIN ALTERACIONES , FASE TRILAMINAR, OVARIO MULTQUISTICO UNILATERAL DERECHO, LIQUIDO EN INTERCERVIX, SE RECOMIENDA VALORACION POR GINECOLOGIA.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-08	08:59	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2025-08-08	08:59	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

