

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARELA	MENDOZA	MAYRA KATHIUSCA	26	06	1987	37 años, 9 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	1313917625	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EMIULO HIDALGO y PICHIMCHA	098-384-4716 /
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	1313917625	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	04 01
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

Fum 20 de marzo 2025, 8 días hipermenorrea para dos días y vuelve a menstruar, refiere desde hace 3 años el trastorno desde hace 3 años, , paciente salpingectomizada 10 años. se realizo ecografia para su control y revisiòn.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: Ovario tamaño normal y ecogenicidad presencia de 4 quistes foliculares de 4mm sin dilatación ovario izquierdo tamaño y ecogenicidad normal presencia de 2 quistes foliculares de 2mm sin dilatación ,dx ovario poliquisticos Fum 20 de marzo 2025, 8 días hipermenorrea para dos días y vuelve a menstruar, refiere desde hace 3 años el trastorno desde hace 3 años, , paciente salpingectomizada 10 años.
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-01	14:23	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

Empleado electrónicamente por:
JUAN PABLO MACIAS
FERNANDEZ

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
2025-04-01	14:23	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	