

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	CASTAÑEDA	SANDRA GABRIELA	15	12	1994	30 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	1314066794	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	LAS PIEDRAS y	099-860-1476 /
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	1314066794	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	11	06
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 30 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE ECOGRAFIA TRANS VAGINAL. AL MOMENTO NIEGA SINTOMATOLOGIA DE ALARMA, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS REFERENCIALES; OBESIDAD TIPO I; EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIÓN. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DIAMETRO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES; ECOGENISIDAD HOMOGENEA; ENDOMETRIO MIDE 9 MM; LIQUIDO EN EL SACO DE DOUGLAS; O. DERECHO AUMENTO DE TAMAÑO POLIQUISTICO MIDEN ENTRE 4 Y 8 MM; O. IZQUIERDO AUMENTO DE TAMAÑO POLIQUISTICO MIDEN ENTRE 3 Y 7 MM.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-06	09:57	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
2025-11-06	09:57	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	