

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDEIETA	VIDAL	MARIANA MAGDALENA	09	10	1992	33 años, 2 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314331958	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	099-714-5932 /
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	1314331958	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	12	17
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

PCTE F DE 33 AÑOS SIN APP - ACUDE A COSULTA POR PLANIFICACION FAMILIAR DONDE A ESCOGIDO SALPINGECTOMIA BILATERAL - TRAE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL DE CONTROL QUE REPORTA QUISTE SIMPLE EN OVARIO DERECHO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: OVARIO DERECHO - AUMENTADO DE VOLUMEN 12.5 CC - QUISTE SIMPLE 2.18 X 2.29 VOLUMEN DE 5.4 CC + FOLICULOS ENTRE 3 A 9 MM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-17	13:15	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	 FIRMA 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 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
2025-12-17	13:15	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	