

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	CINDY ANGELA	15	01	2002	23 años, 6 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	1314335124	MANABI	CHONE	SANTA RITA	PICHINCHA y RAYMUNDO AVEIGA	099-468-7996 /
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	1314335124	SANTA RITA	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	07	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 DE 23 AÑOS, ACUDE POR CONSULTA GINECOLOGICA. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 2 PARTOS: 0 CESAREAS: 1 ABORTOS: 1.PIG: 10/11/2024 MENARQUIA: 13 AÑOS, FUM: 20/07/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: HORMONAL ORAL. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE INYECTABLE DURANTE 5 AÑOS. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. PACIENTE REFIERE HABER PRESENTADO AMENORREA DE +/- 3 MESES, ACTUALMENTE MANTIENE CICLO MENSTRUAL REGULAR COMO EFECTO DEL ACO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTA UNA ECOGRAFIA REALIZADA EL 18/07/2025 LA CUAL REPORTA UTERI ECOGENSIDAD HOMOGENEA DIAMETRO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. ENDOMETRIO MIDE 5MM. SACO DE DOUGLAS LIBRE, OVARIO DERECHO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. OVARIO IZQUIERDO AUMENTADO DE TAMAÑO SE OBSERVA QUISTES SIMPLE MIDE 73X63MM. POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	N832		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	15:24	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-07-21	15:24	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

