

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ROMERO           | EVELYN CORINA | 22                  | 02  | 2004 | 21 años, 11 meses, 27 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314434554        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | SAN PABLO y SAN PABLO        | 099-790-1500 /       |
| 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                 | 1314434554      | SAN ANTONIO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2026  | 02  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad              | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                             |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada              | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                          | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | QUISTE OVARICO Y DESEO DE QUEDAR EMBARAZADA |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS, CON APP DE SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO, FUM: 22/01/2025. METODO ANTICONCEPTIVO: NINGUNO CON EL OBJETIVO DE PLANIFICACIÓN DE EMBARAZO. REFIERE DOLOR PÉLVICO EN OCASIONES, NO OLIGOMENORREA, EXAMEN FÍSICO NORMAL, AFEBRIL, CONSCIENTE Y ORIENTADA, SIN SIGNOS DE ALARMA. PACIENTE REFIERE DESEO DE EMBARAZO, MANTIENE CICLOS MENSTRUALES REGULARES AL MOMENTO Y NO HA PRESENTADO OTROS SÍNTOMAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ÚTERO: ANTEROVERSIÓN, DIMENSIONES NORMALES, ECOGENICIDAD CONSERVADA, SIN MASAS. OVARIO DERECHO: MULTIFOLICULAR, 9 FOLÍCULOS DE 3-9 MM. OVARIO IZQUIERDO: QUISTE SIMPLE DE 2.4 × 2.1 × 2.25 CM (VOLUMEN 5.55 CC). SACO DE DOUGLAS: LIBRE. TELF: 0997901500

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-18 | 09:26 | Medicina Rural | JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI | 1316743176 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|------------|-------|
| 2026-02-18 | 09:26 | Medicina Rural | JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI | 1316743176 |       |

