

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	CARPIO	SILVIA ANDREINA	04	04	1997	28 años, 3 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315751857	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	COPETON y	098-443-2540 /
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	1315751857	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		2025	07	16
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 28 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ACUDE PARA REVISIÓN DE ECOGRAFÍA REALIZADA EL 07/07/2025 QUE REPORTA: UTERO: DIAMETRO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES, ECOGENISIDAD HOMOGENEA. ENDOMETRIO MIDE 4 MM, PRESENCIA DE LIQUIDO EN EL SACO DE DOUGLAS, O. DERECHO PRESENTA QUISTE SIMPLE MIDE 32X22 MM. O.IZQUIERDO PRESENTA MULTIFOLICULOS MIDEN ENTRE 5 Y 9 MM. REFIERE ANTECEDENTE DE OVARIO POLIQUISTICO, PACIENTE REFIERE TTO CON ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DURANTE 1 AÑO, DEJANDO TTO HACE 10 MESES. PACIENTE NO ACUDE CON ECOGRAFÍA PREVIA EN LA CUAL REFIERE SE EVIDENCIABA QUISTE, POR LO CUAL FUE ENVIADO TTO DESCRITO. SEGUN PCTE EL QUISTE HA AUMENTADO DE TAMAÑO. PACIENTE NIEGA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A ENFERMEDAD. AL EXAMEN FISICO NORMAL. PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0984432540

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	14:12	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-07-16	14:12	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

