

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	LOOR	NIURKA TABATA	16	05	2007	19 años, 0 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315863728	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL VERGEL y	099-594-5376 /
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	1315863728	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	
Refiere o Deriva a:						Fecha	
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06 01
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

Usuaría acude a consulta por presentar dolor crónico en epigastrio de 3 años de evolución, y que en los últimos 6 meses se irradia a fosa iliaca derecha y región lumbar, de moderada a alta intensidad, por lo que estuvo en tratamiento gástrico, le solicitaron ecografía pélvica realizada el 16/03/2026 la cual reporta quiste complejo de ovario izquierdo, fue atendida particularmente y tratada con anticoncepción oral combinada, con lo que el cuadro ha mejorado, examen físico general normal, tamizaje de violencia negativo, se refiere a segundo nivel para evaluación y tratamiento.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: HIGADO, PANCREAS, VESICULA, BAZO, Y RIÑONES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, OVARIO IZQUIERDO SE IDENTIFICA IMAGEN QUISTICA DE APROXIMADAMENTE 5.85 X 4.98 CM, VOLUMEN ESTIMADO 87.8 ML, DE PAREDES FINAS CON CONTENIDO HETEROGÉNEO Y PRESENCIA DE MATERIAL ECOGÉNICO DEPENDIENTE EN SU INTERIOR, SIN SEPTACIONES GRUESAS, NI COMPONENTES SÓLIDOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EN DESARROLLO DEL OVARIO	Q501		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-01	15:12	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2026-06-01	15:12	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

