

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	GOMEZ	AUXILIADORA ANDREINA	24	05	1993	33 años, 0 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316121944	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	XXXXXX y	095-950-8464 /
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	1316121944	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	06	22
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE CON APP DE CISTOCELE (2016), APQX AMIDELECTOMIA (2022), CESAREA (SECUNDARIA A CISTOCELE) + SALPINGECTOMIA (2017), ALERGIAS NO REFIERE, AGO G3 A0 C1 P2, FUM: 03/05/2026. MENSTRUACIONES IRREGULARES CADA 3-5 MESES, EN CANTIDADES IRREGULARES, DOLOR EN BAJO VIENTRE EN OCASIONES ACOMPAÑADO DE SENSACIÓN DE PESADEZ, QUE SE EXACERBA AL ORINAR E IVU A REPETICION, NIEGA OTROS SÍNTOMAS, SE ENVÍA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. *** 0959508464 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECO GINECOLOGICA: 10/04/2026. ÚTERO AUMENTADO DE TAMAÑO DE BORDES Y CONTORNES REGULARES, TEXTURA HOMOGENEA, DE ASPECTO FIBROSO, NO IMÁGENES NODULARES, NI QUISTICA. ENDOMETRIO PROLIFERATIVO. OVARIO DERECHO: AUMENTADO DE TAMAÑO, POLIQUISTICO PERIFÉRICO, MAS DE 7. OVARIO IZQUIERDO: AUMENTADO DE TAMAÑO, POLIQUISTICO PERIFÉRICO, MAS DE 7. FONDO DE SACO DE DOUGLAS: LIBRE. CUELLO UTERINO: PRESENCIA DE 5 QUISTES DE NABOTH.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO	E282		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-22	12:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-06-22	12:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

