

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	NAPA	ANGELA JAMILETH	03	11	1999	26 años, 2 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	1316395647	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SN y SN	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316395647	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	19
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 FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD. ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA REALIZACION DE REFERENCIA A GINECOLOGIA. PACIENTE TRAE CONSIGO ESTUDIO IMAGENOLOGICO DONDE SE EVIDENCIA OVARIO POLIQUISTICO UNILATERAL IZQUIERDO + LIQUIDO EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA DOLOR EN FOSAS ILIACAS DERECHA E IZQUIERDA. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA TRANSVAGINAL. UTERO LATERALIZADO Y EN AVF. ENDOMETRIO SIN ALTERACIONES, FASE PROLIFERATIVA. OVARIO POLIQUISTICO UNILATERAL IZQUIERDO MIDE 3.33 CM CON UN VOLUMEN DE 12.80 CC ECOGENICIDAD ADECUADA, PARENQUIMA HETEROGENEO CON PRECENCIA DE MULTIPLES QUISTES. SE EVIDENCIA SIGNO DE COLLAR DE PERLAS. EL DE MAYOR DIMENSION MIDE 9.6X 4.9 MM X 9,1 MM Y VOLUMEN DE 0.22 CC. LIQUIDO EN FSD VOLUMEN DE 1.77 CC.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-19	11:02	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHHELL GOYES LOOR	1316102464	

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
2026-01-19	11:02	Medicina Rural	ALEJANDRA MISHHELL GOYES LOOR	1316102464	

