

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	CARREÑO	DANIELA LEONOR	27	01	2001	24 años, 7 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316603412	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLEJON SIN NOMBRE y VIA PRINCIPAL	098-572-2555 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316603412	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	09	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

SE ENVIA REFERENCIA A GINECOLOGIA A PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS QUE ES ATENDIDA POR REVISIÓN DE ECOGRAFIA EN CONTROL DE EMBARAZO Y LA ECOGRAFIA REPORTA QUISTES NO GESTACION, REFIERE DOLOR ESPORADICO 6 EN LA ESCALA DE DOLOR DEL 1-10, DISTENCION ABDOMINAL DE 4 MESES DE EVOLUCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO EN ANTEROVERSION DE DIMENSIONES NORMALES ECOGENESIDAD HOMOGENEA NO OCUPADO POR SACO GESTACIONAL AL MOMENTO DEL ESTUDIO.ENDOMETRIO IPERECOGENICOTRILAMINAR FINO MIDE 5.15MM, CERVIX DE ASPECTO NORMAL, SACO DE DOUGLAS LIBRE DE LIQUIDO, OVARIO DERECHO DE TAMAÑO AUMENTADO VOL. 20.11CC SE OBSERVAN 25 QUISTES FOLICULARES ENTER 3-9MM, OVARIO IZQUIERDO DE TAMAÑO LIGERAMENTE AUMENTADO VOL 12.22CC CON 20 QUISTES FOLICULARES ENTRE 3-9MM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-01	15:36	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	 FIRMADO electrónicamente por: MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-09-01	15:36	Medicina General	MARIA ELIZABETH ANDRADE ZAMBRANO	1310206840	

