

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	CISNEROS	ANGIE NOHELIA	11	04	2001	24 años, 9 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316609021	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLE PICHINCHA y BENITO SANTOS	096-933-1308 / (00)-000-0000
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	1316609021	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	20
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 24 AÑOS DE EDAD APP: OVARIO POLIQUISTICO AQX: NIEGA APF: NIEGA AA: NIEGA FUM: 22/12/2025 ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD QUIEN REFIERE SENTIR DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA SIN IRRIGACION A OTRAS PARTES, NO REFIERE ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA, ADEMAS PACIENTE MENCIONA QUE ACUDIO A MEDICO PARTICULAR HACE 2MESES Y MEDIO QUIEN LE DICE QUE PRESENTA UN OVARIO QUISTICO ROTO POR MEDIO DE ECOGRAFIA PARA LA CUAL LE DIO TRATAMIENTO PREDNISONA 20MG POR 15 DIAS MEJORANDO LA SINTOMATOLOGIA. EXAMEN FISICO: CABEZA: NORMOCEFALICA, CONJUNTIVAS ROSADAS. BOCA: MUCOSAS ORALES HÚMEDAS. OROFARINGE: SIN ALTERACIÓN. CUELLO: SIMÉTRICO SIN ADENOPATÍAS. TÓRAX: ELASTICIDAD Y EXPANSIBILIDAD CONSERVADA. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. CORAZÓN: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, DOLOROSO A PALPACIÓN PROFUNDA EN FOSA ILIACA DERECHA. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS SIN ALTERACIÓN. ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-20	11:32	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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 clínico

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
2026-01-20	11:32	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

