

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	LILIANA ANDREINA	25	10	1996	28 años, 9 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316962396	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	COLORADO y	096-090-6975 /
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	1316962396	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	08	07
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 28 AÑOS DE EDAD, SIN APP DE RELEVANCIA, NIEGA ALERGIAS, METODO ANTICONCEPTIVO: ORAL (DIANE 35), AGO: G:3 P:3, PIG: 3 AÑOS. ACUDE A LA UNIDAD OPERATIVA PARA REVISION DE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REALIZADA EL 05/08/2025. PACIENTE REFIERE SANGRADOS FUERA DE LA MENSTRUACION, ESPECIFICAMENTE CUANDO REALIZA ESFUERZOS FISICOS, NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA ACOMPAÑANTE. DE MOMENTO ESTABLE, ORIENTADA EN SUS 3 ESFERAS NEUROLOGICAS, AFEBRIL. SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS REFERENCIALES; ANTROPOMETRÍA: OBESIDAD TIPO II; EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACIÓN. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ÚTERO: DIÁMETROS DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES; ECOGENICIDAD HOMOGÉNEA; ENDOMETRIO MIDE 8 MM; PRESENCIA DE LIQUIDO EN EL SACO DE DOUGLAS; OVARIO DERECHO: SE OBSERVAN QUISTES FOLICULARES MIDEN ENTRE 4 Y 8 MM; OVARIO IZQUIERDO: SE OBSERVAN QUISTES FOLICULARES MIDEN ENTRE 4 Y 7 MM

5. Diagnóstico



Firmado electrónicamente por:
IRVING ISRAEL
BUITRON NIETO

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	N939	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	09:23	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	 Firmado electrónicamente por: KEYLI NATHALY LOOR ARROYO



Firmado electrónicamente por:
KEYLI NATHALY LOOR
ARROYO
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
2025-08-07	09:23	Obstetricia Rural	KEYLI NATHALY LOOR ARROYO	0750052755	

