

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	LUGO	DANIELA ELIZABETH	17	07	1998	28 años, 0 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350181713	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	NARANJITO y NARANJITO	098-976-4758 /
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	1350181713	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	08	05
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 QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, AP DE SOBREPESO, REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO RELACIONADO CON LA MENSTRUACIÓN FM: 15/30, USA HASTA 5 TOALLAS DIARIAS, DESDE HACE +/- 8 MESES DE EVOLUCIÓN, ACOMPAÑADO DE EDEMA EN BAJO VIENTRE, AUMENTO DE PESO, NIEGA OTROS SÍNTOMAS,RIESGO CV A 10 AÑOS: 2% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 11 (LEVEMENTE). *** 0989764758 - 0990807557 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ÚTERO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD HOMOGENEO NORMAL, ENDOMETRIO FINO TAMAÑO NORMAL, SACO DE DOUGLAS LIBRE LIQUIDO, CERVIX CERRADO, OVARIO DERECHO TAMAÑO NORMAL CON PRESENCIA DE QUISTES DE 2mm Y DE 4mm. OVARIO IZQUIERDO TAMAÑO NORMAL CON PRESENCIA DE DOS QUISTES DE 3mm. IDx: OVARIOS POLIQUISTICOS.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	08:43	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
2026-08-05	08:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

