

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	LOOR	CARMEN MARGARITA	13	03	2004	21 años, 0 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	1352574931	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA SABANA y	093-963-2960 / (99)-999-9999
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	1352574931	SANTA MARTHA	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	03	18
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 ACUDE CON RESULTADOS DE IMAGEN DE ECOGRAFIA REFIERE QUE TOMA TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVOS POR PRESENCIA DE QUISTES BILATERALES, DESDE HACE 1 AÑO APROXIMADAMENTE EVIDENCIADOS EN ECOGRAFIA, AL MOMENTO TRAE NUEVA ECOGRAFIA 7/2/2025: CON REPORTE DE OVARIO DERECHO AUMENTADO DE TAMAÑO POLIQUISTICO PERIFERICO +7, OVARIO IZQUIERDO AUMENTADO DE TAMAÑO POLIQUISTICO PERIFERICO +7, FONDO DE SACO DE DOUGLAS FLUIDO MODERDO, CUELLO UTERINO NORMAL.REFIERE QUE TOMÓ METFORMINA TAMBIEN COMO PARTE DE TERAPEUTICA, ANTCEDENTES G/O, FUM 10/03/2025: 3 DIAS DE DURACION, CICLOS MENSTRUALES REGULARES, DISMENORREA ANTES, DURANTE Y DESPUES DE MENSTRUAR, INICIO DE VIDA SEXUAL 14 AÑOS, # PAREJAS 3, GESTAS 4, P1, C2, A0(ESPONTANEO 8SG), PAP 220/6/2024 HACE 9 MESES. APENDICECTOMIA HACE 6 MESES, REFIERE CONTINUAS CEFALEAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA 7/2/2025: CON REPORTE DE OVARIO DERECHO AUMENTADO DE TAMAÑO POLIQUISTICO PERIFERICO +7, OVARIO IZQUIERDO AUMENTADO DE TAMAÑO POLIQUISTICO PERIFERICO +7, FONDO DE SACO DE DOUGLAS FLUIDO MODERDO, CUELLO UTERINO NORMAL SE REFIERE PARA VALORACION POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	14:43	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

