

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DAVILA	TAIPE	ANA KATHERINE	03	09	1996	28 años, 6 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1725076069	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PRINCIPAL ACCESO CIUDADELA y	097-901-2004 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area		
MSP	1725076069	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Ginecología - Brigada Médica externa ONG		2025	03	17
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 consulta por resultado de exámenes del 27/01/2025 que reporta VIH NO REACTIVO, VDRL NEGATIVO, Y HEPATITIS B NEGATIVO, indica que a pesar del tratamiento continua con dolor, refiere haberse realizado ecografia la cual no se puede visualizar en el sistema en el CD que ha traído, al examen ginecologico y tacto bimanual cervix poco doloroso, ya que paciente indica que la trataron como enfermedad inflamatoria pelvica femenina, refiere dolor en fosa iliaca izquierda, trae ecografia transvaginal realizad el 30/01/205 que reporta quiste de ovario izquierdo de aproximadamente 4cc de diámetro,se refiere a segundo nivel.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

dolor en fosa ilica izquierda

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE FOLICULAR DEL OVARIO	N830		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	12:43	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

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
2025-03-17	12:43	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	