

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	CHINGA	SHEYLA MAOLY	13	01	2002	23 años, 1 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1725085102	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLEJON STA ELENA y	098-784-5868 /
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	1725085102	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 y Obstetricia		2025	03	10
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 ecografia transvaginal realizado el 6/03/2025, que reporta útero normal endometrio fino, ovario derecho con presencia de 7 quistes foliculares, ovario izquierdo 2 quistes foliculares, FUM: 13/01/2025, indica que estuvo en tratamiento por 3 meses con anticoncepcion oral combinada , lo que le trataron por emergencia, y que ha estado en tratamiento en el hospital hace 2 años, ademas refiere tener verrugas en ano, al examen ginecologico se observan pequeñas verrugas alrededor de ano, indica que n ultima citologia que se realizo en Octubre del año anterior se reporto HPV ,LIE de bajo grado, continua con amenorrea , se refiere a segundo nivel.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ecografia transvaginal realizado el 6/03/2025, que reporta útero normal endometrio fino, ovario derecho con presencia de 7 quistes foliculares de 2mm, ovario izquierdo 2 quistes foliculares de 3 mm.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES DE TRANSMISION PREDOMINANTEMENTE SEXUAL, ESPECIFICADAS	A638		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-10	11:07	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
2025-03-10	11:07	Obstetricia	JANNINA MONSERRAT AMBROSSI DE LA A	0913042487	

