

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PEREZ	CARREÑO	VICTORIA YAMILEX	11	02	1999	27 años, 1 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314321637	MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE	SAN ELOY DE ROCAFUERTE y SN	098-252-2579 / (00)-000-0000
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	1314321637	HOSPITAL BASICO NATALIA HUERTA DE NIEMES	HOSPITAL BASICO	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA	Consulta externa	Dermatología	2026	03	19
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 clinico

EDAD: 27 AÑOS. ALERGIAS: NO REFIERE. APP: NO REFIERE. APQ: CESAREAS N°2 ULTIMA HACE 2 AÑOS. AGO: MENARQUIA: 16 AÑOS. CICLOS MENSTRUALES REGULARES 30X7 FLUJO: NORMAL. DISMENORREA: SI 3/10. PAP TEST: NUNCA. PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ANTICONCEPTIVOS ORALES. MOTIVO DE CONSULTA: PACIENTE QUE ESTUVO HOSPITALIZADA MARTES 27 DE ENERO DEL 2026 POR ABORTO EN CURSO TRAS ECOGRAFIA CON ENDOMETRIO DE 12 MM Y ESCASOS RESTOS HEMATICOS, NIEGA ALZA TERMICA, REFIERE DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO, EVA 2/10, DE PREDOMINIO EN HIPOGASTRIO, SANGRADO CON COAGULOS, AL MOMENTO CON ESCASO MANCHADO, NO MAL OLOR, NO MOLESTIAS URINARIAS. PACIENTE CON EVIDENCIA DE EVACUACION COMPLETA, SE ENVIA AINES, ACIDO TRANEXANICO, BELLAFACE. CONTROL EN 1 MES. PACIENTE ACUDE AL DIA DE HOY 19 DE MARZO PACIENTE REFIERE SANGRADO IRREGULAR A PESAR DE ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO. NIEGA MOLESTIAS URINARIAS, NIEGA SECRECION VAGINAL. NIEGA COMEZON VULVAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DERMATITIS SEBORREICA, NO ESPECIFICADA	L219	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-19	15:15	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	

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
2026-03-19	15:15	Ginecología y Obstetricia	JOSE HUMBERTO CARDENAS SACOTO	1009-2016-1670190	

