

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUERRERO	ZAMBRANO	JANETH DOLORES	15	01	1990	35 años, 6 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314671361	MANABI	CHONE	CONVENTO	COMUNIDAD CAÑALES y	098-275-8239 /
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	1314671361	CONVENTO	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	08	01
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 FEMENINA DE 35 AÑOS SIN APP ACUDE AL CENTRO DE SALU REFIRIENDO QUE HACE 1 SEMANA PRESENTA MAREOS Y CEFALEA, AL MOMENTO. PACIENTE AFEBRIL, ORIENTADA, REFIERE QUE HACE 20 DIAS RECIBE VALORACION POR GINECOLOGIA, REALIZAN ECOGRAFIA Y EXAMANES, ENVIA TRATAMIENTO CON ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO, REFIERE QUE MEDICO INDICA QUE SE LE DEBE REALIZAR OTRA REFERENCIA, PARA PROXIMO CONTROL (NO ACUDE CON CONTRAREFERENCIA CONTESTADA). A LA VALORACION FISICA: SIN NOVEDADES, DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, INDICACIONES: ANALGESICO, HIDRATACION, ALIMENTACION SALUDABLE, CONTROL POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PA: 110/80 MMHG FC: 76 LPM FR: 19 RPM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS QUISTES OVARIOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	N832		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-01	15:12	Medicina Rural	LISBETH CAROLINA CAICEDO ZAMBRANO	1314708700	

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