

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	RODRIGUEZ	GINA DOLORES	01	03	1978	48 años, 4 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0919314690	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN ANTONIO y	098-709-9574 /
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	0919314690	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	07	23
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 48 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 5 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR DOLOR INTENSO EN AMBAS MAMAS, DE TIPO PUNZANTE Y OPRESIVO, DE PREDOMINIO BILATERAL, ASOCIADO A SENSACIÓN DE AUMENTO DE VOLUMEN Y TENSION MAMARIA, CON DIFICULTAD PARA REALIZAR SUS ACTIVIDADES HABITUALES. ADEMÁS, REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO Y FOSAS ILÍACAS BILATERALES, EL CUAL DESCRIBE COMO SENSACIÓN DE INFLAMACIÓN DE LOS OVARIOS, DE INTENSIDAD MODERADA A SEVERA, INTERMITENTE, QUE SE EXACERBA CON LA DEAMBULACIÓN Y LOS CAMBIOS DE POSICIÓN. NIEGA FIEBRE, SECRECIÓN POR PEZÓN, TRAUMATISMO MAMARIO, SANGRADO VAGINAL ANORMAL, FLUJO VAGINAL FÉTIDO, DISURIA, NÁUSEAS O VÓMITOS. REFIERE CICLOS MENSTRUALES REGULARES Y MANIFIESTA QUE LA SINTOMATOLOGÍA HA IDO EN AUMENTO. ACTIVA , REACTIVA , AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0978035470.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SALPINGITIS Y OOFORITIS AGUDA	N700	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-23	10:55	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-23	10:55	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

