

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CALDERON	MEJIA	IRENE ISABEL	15	06	1949	76 años, 10 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303147456	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHIMBORAZO y MALECON DEL RIO	099-843-9224 / (05)-236-0730
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	1303147456	SANTA MARTHA	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	04	21
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE 76 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE HIPOTIROIDISMO TRATADA CON LEVOTIROXINA100MCG DE VARIOS AÑOS DIAGNOSTICADA Y DIABETES MELLITUS TIPO II RECIENTEMENTE DIAGNOSTICADA; QUE ACUDE A LA CONSULTA PARA PARA VALORACIÓN DE ECOGRAFIA CON REPORTE ANEXO IZQUIERDO PRESENCIA DE MASA MIXTA 7 LIQUIDO DE 56 MM POR 36 MM DE ETIOLOGIA A DETERMINAR REALIZADA OCTUBRE DEL 2025 SIN NINGÚN CONTROL O SEGUIMIENTO, ADEMAS REFIERE LEVE DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA; MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HEMATOLOGIA: HEMOGLOBINA 14.0, HEMATOCRITO 42.1, PLAQUETAS 234 OTROS ANALISIS: SANGRE PROTEINA EPIDIDIMAL HE4, CA - 125, INDICE ROMA ULTRASONIDO: I/D ANEXO IZQUIERDO PRESENCIA DE MASA MIXTA 7 LIQUIDO DE 56 MM POR 36 MM DE ETIOLOGIA A DETERMINAR, ESTEATOSIS MODERADA DE HIGADO, CAVIDAD ABDOMINAL DISTENCIÓN DE ASAS POR GASES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OVARIO	D391	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-21	15:44	Medicina General	JOHANNA ELIZABETH CHINGA BAZURTO	1311700288	

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

