

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR		DOLORES MARGARITA	01	06	1962	63 años, 7 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304659012	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA GALLARDO y 098-041-2306 / (99)-999-9999
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	1304659012	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	28
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 FEMNINA DE 63 AÑOS DE EDAD, APP: HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN, AGO: G8. A:2. P:6. C:0. FUM: 54 AÑOS. AQX: SALPINGUECTOMIA A LOS 32 AÑOS, ALERGIAS: NO REFIERE. REFIERE QUE LLEVA SEGUIMIENTO CON GINECOLOGIA DEL HOSPITAL POR QUISTE OVÁRICO POR LO QUE SE ACTUALIZA REFERENCIA PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLUCOSA EN AYUNAS:12, HB GLICOSILADA:6.92 %. GLUCOSA MEDIA ESTIMADA: 151.9

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	09:17	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2026-01-28	09:17	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	