

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MALA	ZAMBRANO	CENIS MARTIRE	23	08	1966	58 años, 5 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	1306497502	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	X y	096-725-1971 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area		
MSP	1306497502	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	2025	02	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 clínico

PACIENTE DE 58 AÑOS DE EDAD. APP: DM 2 (SIN TRATAMIENTO). APQ: HISTERECTOMÍA, COLECISTECTOMÍA. ALERGIAS: NO REFIERE, AO: E:6 A: 0 C:0 P:6. PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE 2 AÑOS DE CARACTERIZADO POR DOLOR EN HIPOGASTRIO, AGUDIZADO HACE 4 MESES ESTOS DOLORES. ACUDE CON ECOGRAFÍA DONDE SE VISUALIZA DOS QUISTES EN OD: 5.69 X 6.5 (QUISTE 1) Y 6 X6.69 (QUISTE 2). DOPPLER NEGATIVO. TLF CONTACTO: 0992688679

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUISTES EN OD: 5.69 X 6.5 (QUISTE 1) Y 6 X6.69 (QUISTE 2). DOPPLER NEGATIVO. TLF CONTACTO: 0992688679

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	D27X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-19	11:49	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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