

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTES	PARRAGA	MARIA AUXILIADORA	25	10	1972	52 años, 8 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307138097	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	000-000-0000 /	
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	1307138097	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13007 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2025	07	14

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

PCTE DE 52 AÑOS DE EDAD. G: 3 P3. LIGADA HACE 29 AÑOS. FUM: YA NO MENSTRUA HACE 2 MESES. PCTE REFIER DOLOR EN HIPOGASTRIO DE LADO DERECHO DE 1 MES DE EVOLUCION. APP: ARTRITIS. TOMOGRAFIA LESION QUISTICA DE GRAN TAMAÑO PARAOVARICO derecho ??? (NO TRAE CD). marcadores tumorales negativo.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

pcte amerita resolución quirúrgica.

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

OTROS EXÁMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS

Z018

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2025-07-14	10:02	Ginecología y Obstetricia	JESSICA FABIOLA REGALADO SEGOVIA	1309535340

FIRMA
DRA. JESSICA REGALADO S.
GINECÓLOGA - OBSTETRA
REG. 1027 - 2017 - 1866098
REG. 1309535340

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His. Clínica 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
2025-07-14	10:02	Ginecología y Obstetricia	JESSICA FABIOLA REGALADO SEGOVIA	1309535340	