

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	SOLORZANO	BEATRIZ EMILIANA	25	09	1976	49 años, 4 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308276953	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV SIXTO DURN BALLE y 095-978-3618 / (09)-882-1657
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	1308276953	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	02	05
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 49 AÑOS DE EDAD G3A0P2C1 (EMBARAZO GEMELAR), MENCIONA CALORES, SOFOCOS Y MAREOS, AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE. MENCIONA QUE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO PERO NO HAY MEJORÍA, MENCIONA RESEQUEDAD VAGINAL, SUDORACIONES NOCTURNAS. SE REALIZA REFERENCIA CON GINECOLOGIA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: Antiestreptolisina (ASTO) Cualitativo Negativo Factor Reumatoideo (LATEX) Cualitativo Negativo Método: Aglutinación Hepatitis B Antígeno Australia Superficie (HBsAg) Negativo Método: Inmunocromatografía PCR Cualitativo Negativo ULTRASONIDO: UTERO EN ANTEVERSION DE DIMENSIONES NORMALES, ECOGENICIDAD CONSERVADA, NO SE OBSERVAN MASAS OCUPATIVAS AL MOMENTO DE ESTUDIO, ENDOMETRIO HIPERECOGENICO GRUESO MIDE 7.77 MM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTADOS MENOPAUSICOS Y CLIMATERICOS FEMENINOS	N951	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-05	09:00	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 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
2026-02-05	09:00	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	