

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOLINA	NELLY DEL CARMEN	21	08	1975	49 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308480068	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SN y	098-004-6382 /
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	1308480068	SANTA RITA	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	07	21
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 49 AÑOS DE EDAD 11 AÑOS, APP HTA (EN TTO CON ENALAPRIL 10 MG VO QD 8AM), AQX: APENDICECTOMÍA, CESÁREA (1) Y LIGADURA, AG3 P2 A0 C1 (PIG: 2006), MENARQUIA: 13 AÑOS, FUM: 28/6/2025. REGULARES CADA 31 DÍAS DURACIÓN 8 DÍAS. PRESENTA DISMENORREA + ECOGRAFÍA QUE REPORTE ÚTERO FIBROMIOMATOSO, MIOMAS INTRAMURALES, QUISTE SIMPLE DE OVARIO DERECHO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ÚTERO NO GESTANTE ANTEVERSIÓN, FIBROMIOMATOSO, 7 CM DAP 5.8 CM, DT 7.2 CM, VOLUMEN 155 CM3, MIOMETRIO: PRESENCIA DE MIOMAS INTRAMURALES DE 41 X 28 MM, ENDOMETRIO DE 15 MM, CUELLO UTERINO DE LONGITUD Y ESPESOR NORMAL, FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE, ANEXO DERECHO CON QUISTE SIMPLE GRANDE DE 11.5 X 9.9 X 11 CM CON VOLUMEN DE 667 CM3, ANEXO IZQUIERDO QUISTE PEQUEÑO DE 3.4 X 2 X 2.2 CM VOLUMEN OVÁRICO DE 9.5 CM3. DOPLER CON PARÁMETROS NORMALES, URETRA DE LONGITUD Y LUZ CONSERVADA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-21	11:19	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-07-21	11:19	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

