

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
QUIROZ	BARREIRO	ROSA EDITA	28	09	1976	48 años, 6 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309336087	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CERRO DE RIO GRANDE y	096-721-9905 /
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	1309336087	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	2025	04	04
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 ACUDE A CONSULTA MEDICA POR PRESENTAR DOLOR EN FLANCO IZQUIERDO EVA INTENSIDAD DE 7/10 ADEMAS TRASTORNO CICLO MENSTRUAL AMENORREA INDICA HABER ACUDIDO POR EMERGENCIA VALORACION Y PROCEDEIMIENTO ESPECIALIZADO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES DENSIDAD HOMOGENEA OVARIO IZQUIERDO AUMENTADO DE TAMAÑO DE OBSERVA IMAGEN ANECOICA DE BORDES REGULARES CON TABIQUES EN SU INTERIOR COMPATIBLE CON QUISTE COMPLEJO MIDE 99MM
--

5. Diagnóstico

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



Firmado electrónicamente por:
LADY ALEXANDRA
RIVAS PROAÑO

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2025-04-04	11:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:

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
2025-04-04	11:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

