

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVIA	ZAMBRANO	MARIA ISABEL	04	03	1979	46 años, 4 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309488359	MANABI	CHONE	SANTA RITA	RIVERAS DEL BEJUCO y	098-990-5193 /
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	1309488359	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	16
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 46 AÑOS, ACUDE POR CONSULTA GINECOLOGICA. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 7 PARTOS: 6 CESAREAS: 0 ABORTOS: 1. PIG: 15/ 05/ 2013 IVS: 14 AÑOS, MENARQUIA: 10 AÑOS, FUM: 04/06/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: SALPINGECTOMIA BILATERAL. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE PASTILLAS DURANTE 1 AÑO. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. REFIERE PRESENTAR MENSTRUACIONES ABUNDANTES DESDE HACE APROXIMADAMENTE 12 AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL LA CUAL REPORTA: MIOMATOSIS UTERINA DE PEQUEÑOS ELEMENTOSUTERO CON IMAGEN OCUPATIVA DE ESPACIO DE CONTENIDO ECOMIXTO DE ECO TEXTURA HETEROGENEA. MEDIDAS: 1.83CM X 1,47CM X 1.89 CM VOL: 2.66ML, CERVICITIS, QUISTES SIMPLE DE CUELLO UTERINO, QUISTE DE NABOTH, OVARIO DERECHO CON IMAGENES OCUPATIVAS DE ESPACIO EN NUMERO DE 2 CON DIMENSIONES APROXIMADAS DE 1.62CM X 1.27CMX 1.73 CM VOL. 1.87ML.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	14:17	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-07-16	14:17	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

