

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA		RUTH EDITH	20	11	1982	42 años, 0 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309932166	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL PARAISO y	098-136-4143 /
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	1309932166	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	2024	11	28
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 42 AÑOS DE EDAD APP NO REFIERE ALERGIA NO REFIERE APF CA UTERO MAMA APQ NO REFIERE AGO G4 C3 A1 P 0 ACUDE CON EXAMENES DE LABORATORIO Y ECOGRAFIA. LABORATORIO DEL 15-11-24 REPORTA GB: 7.7 LINFOCITOS 30% GR 4.88 HB 13.5 HTO 39.5 VCM 81 HCM 27 PLAQUETAS 411 GLUC 97 TGO 23 TGP 24 COLESTEROL 245 TRIGLICERIDOS 280 UREA 27 CR 0.46 AC. URICO 6.9 ADEMAS ECOGRAFIA CON FECHA DEL 7-11-24 QUE REPORTA ECOGENICIDAD HOMOGENEA, DIAMETRO DENTRO DE LO NORMAL, SACO DE DOUGLAS LIBRE. OVARIO DERECHO SE OBSERVA IMAGEN ANEOICA COMPATIBLE CON QUISTE SIMPLE DE APROXIMADAMENTE 5 CENTIMETROS OVARIO IZQUIERDO NORMAL. ADEMAS TRAE ECOGRAFIA AXILAR DEL 26-11-24 QUE REPORTA PARTES BLANDAS REGION AXILAR SIN ALTERACIONES. PACIENTE PRESENTA DOLOR PELVICO 7-10 DESDE HACE 2 MESES, ADEMAS NO HA TENIDO MENSTRUACION EN 2 MESES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUISTE SIMPLE EN OVARIO DERECHO TAMAÑO 5 CM

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-28	09:00	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

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
2024-11-28	09:00	Medicina Rural	JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO	0927252106	

