

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVAS	HERNANDEZ	CARMEN ROCIO	31	10	1978	47 años, 5 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310011596	MANABI	CHONE	RICAUORTE	RANCHO VIEJO y	099-513-5885 / (99)-999-9999
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	1310011596	RICAUORTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	04	06
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 47 AÑOS CON APP NO REFIERE, APQ NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE, AGO G7 A3 P4 C0. ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR CUADRO DE DISPAREUNIA. ADEMAS REFIERE SECRECION AMARILLO VERDOSA, QUE SE ACOMPAÑA DE PRURITO. REFIERE TAMBIEN RECEQUEDAD DE PIEL, DOLOR TIPO COLICO EN REGION INGUINAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA: UTERO CENTRAL Y EN AVF, ENDOMETRIO FASA PROLIFERATIVA, QUISTE TABICADO UNILOCULAR OVARICO UNILATERAL IZQUIERDO ORADS 3, QUISTE DE NABOTH. TRAE PAPANICOLAU QUE REPORTA INFLAMACION MODERADA DE CUELLO UTERINO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS NO INFLAMATORIOS ESPECIFICADOS DEL CUELLO DEL UTERO	N888		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-06	12:23	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

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 clínico

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
2026-04-06	12:23	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	