

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	GONZALES	ROSA JESSICA	07	05	1979	45 años, 6 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	1310242738	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EMILIO HIDALGO y	095-999-3955 /
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	1310242738	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	07
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 FEMENINA DE 45 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD DEBIDO A DOLOR CRONICO EN FOSA ILIACA DERECHA DE CARACTER FLUCTUANTE DE +/- 2 AÑOS DE EVOLUCION. REFIERE QUE EL DOLOR RECIENTEMENTE HA AUMENTADO DE MAGNITUD E INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES DE DIA A DIA. APP: VARICES DE MIEMBROS INFERIORES, REFIERE TENER DIAGNOSTICO DE QUISTES OVARIOS POR MEDIO DE ECOGRAFIA (NO TRAE ECO A CONSULTA), APQX: NO REFIERE, APF: MADRE: CIRROSIS, PADRE: ACV. EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO: SIN ADENOPATIAS, FARINGE: LEVE ERITEMA, TORAX: CSPS: BIEN VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, A LA PRESION PROFUNDA EN FOSA ILIACA DERECHA PACIENTE REFIERE DOLOR INTENSO 8/10. EXTREMIDADES INFERIORES PRESENTA VARICES NO ULCERADAS. PACIENTE REFIERE ESTAR EN CONTROL POR GINECOLOGO EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA, RAZON POR LA CUAL NECESITA REFERENCIA
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE INDICA MANTENER ORDENES DE LABORATORIOS Y ECOGRAFIA PELVICA EN HGOSPITAL NAPOLEON DAVILA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-07	11:29	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2024-11-07	11:29	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

