

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINO	PAZMIÑO	MARIA ELENA	17	04	1983	42 años, 4 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310512684	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	MANUEL DE JESUS ALVAREZ y	099-999-9999 / (05)-236-0715
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	1310512684	ELOY ALFARO	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	09	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 FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD APP NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE. APF: PADRE HIPERTENSO. MADRE ARTROSIS. ACUDE PARA REVISION DE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REALIZADA EL 10-09-2025. PACIENTE REFIERE DOLOR DE INTENSIDAD MODERADA EN REGION PELVICA DE 5 MESES DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE. ADEMAS REFIERE MENSTRUACIONES IRREGULARES EN LOS ULTIMOS 3 MESES. MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: UTERO: DIAMETRO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES. ECOGENICIDAD HOMOGENEA CONSERVADA ENDOMETRIO MIDE 12MM OVARIO DERECHO: SE OBSERVA MASA DE CONSISTENCIA SOLIDAD Y TABICADA DOPPLER PERIFERICO OVARIO IZQUIERDO: SE OBSERVAN QUISTES EN NUMERO DE 5 MIDEN ENTRE 4 Y 6 MM

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR BENIGNO DEL OVARIO	D27X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-16	15:10	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-09-16	15:10	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	