



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Dirección Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro Salud

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |                                  |                            |                              |                      |
|------------------|------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------|----------------------|
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombres                          | Fecha de Nacimiento        | Edad                         | Sexo                 |
| cevallos         | Bosurto          | Analia Patricia                  | 06/11/1985                 | 38                           | M                    |
| Nacionalidad     | País             | Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte | Lugar de residencia actual | Dirección Domicilio          | N° Telefónico        |
| Ecuador          | Ecuador          | 1310759223                       | Chone                      | Los Naranjos 1               | 099326244            |
| Ver Instructivo  | Describe País    | Cédula diez dígitos              | Provincia                  | Cantón                       | Parroquia            |
|                  |                  |                                  |                            | Calle Principal y Secundaria | Convencional Celular |

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

|                     |                          |                          |              |               |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|---------------|
| Entidad del sistema | Hist. Clínica No.        | Establecimiento de Salud | Tipo         | Distrito/Área |
| MSP                 |                          | Centro Salud             | C            | 13007         |
| Refiere o Deriva a: |                          |                          |              | Fecha         |
| MSP                 | HNOC                     | consulta externa         | Ginecología  | 13/09/2024    |
| Entidad del sistema | Establecimiento de Salud | Servicio                 | Especialidad | día mes año   |

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐  
Ausencia temporal del profesio 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐  
Falta de profesional 3 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 38 años de edad acude por presentar dolor pélvico de 6 meses de evolución que se intensifica en menstruación. Tiene ecografía donde se observa útero ante 7.0x5.6x5.5 cm, endometrio de 1.2 cm, sin quistes. No hay flujo vaginal. Se deriva a consulta de ginecología.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Se realizó examen físico y ginecológico. No se observó nada anormal.

5. Diagnóstico

|   |                                 |        |     |     |
|---|---------------------------------|--------|-----|-----|
| 1 | Quiste folículo del ovario      | CIE-10 | PRE | DEF |
| 2 | Síndrome de ovario poliquístico | N830   |     | X   |
|   |                                 | E282   | X   |     |

Nombre del profesional: Dra. Geom Polanco Código MSP: 131176244 Firma:

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

|                                       |                          |                          |               |          |                           |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------|---------------------------|
| Entidad del sistema                   | Hist. Clínica Nro.       | Establecimiento de Salud | Tipo          | Servicio | Especialidad del servicio |
|                                       |                          |                          |               |          |                           |
| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |                          |               |          | Fecha                     |
|                                       |                          |                          |               |          |                           |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de Salud | Tipo                     | Distrito/Área | día      | mes año                   |

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

|   |  |        |     |     |
|---|--|--------|-----|-----|
| 1 |  | CIE-10 | PRE | DEF |
| 2 |  |        |     |     |

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: Código MSP: Firma: