

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BERMUDEZ	ALCIVAR	KATHERINE ELIZABETH	13	05	1992	33 años, 2 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311053894	MANABI	CHONE	RICAUARTE	SAN CAYETANO y	099-874-3268 /
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	1311053894	RICAUARTE	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	07	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 FEMENINO DE 33 AÑOS DE EDAD. APP: DM TRATADA CON INSULINA 20 UI, CANCER DE TIROIDES, GASTRTIS CRONICA. AA: TRAMADOL Y AZITROMICINA. APQX: APENDICECTOMIA, COLECISTECTOMIA Y CESAREA. ACUDE CON CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO QUE SE INTENSIFICA HACE 5 DIAS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA LACERACIONES EN PIERNAS, MANOS Y REGION GLUTEA, AL TACTO VAGINAL SE EVIDENCIA LEVE SANGRADO Y DOLOR. AL INTERROGATORIO PACIENTE INSISTE EN SER INGRESADA, REFIERE QUE SU ACOMPAÑANTE ES CONSUMIDOR, NO CUENTA CON APOYO FAMILIAR Y DESDE HACE UNA SEMANA SU PAREJA ABUSA SEXUALMENTE DE ELLA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

quistes de ovario derecho e izquierdo

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO	E282	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	14:19	Medicina Rural	JUAN ANDRES HERNANDEZ ZAMBRANO	931301022	

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
2025-07-16	14:19	Medicina Rural	JUAN ANDRES HERNANDEZ ZAMBRANO	931301022	