

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TELLO	CHAVEZ	ANGELA MARIA	06	11	1984	39 años, 9 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311641763	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	1 y	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA/DERIVACIÓN

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Área	
MSP	1311641763	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
Red Complementaria	Hospital Napoleon Davila Cordova	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	08	14
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 CON DOLOR TIPO CÓLICO DE 9/10 DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN FUERTES Y CONSTANTE ELLA SE CUIDA CON T DE COBRE, TIENE DOLOR A LAS RELACIONES SEXUALES, SANGRADO EN POCA CANTIDAD QUE ES ECOGRAFIA LE SALE UN QUISTE DE UTERO DE 2X3... A PETICIÓN DEL PACIENTE SE HACE REFERENCIA PARA QUE SU ESPECIALIDAD LE ATIENDA...

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

a petición de paciente fono: 0959509135

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE DE OVARIO SIMPLE	N802		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-14	12:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE

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
2024-08-14	12:36	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIPE	L42 F40 N119	

