

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLIS	RODRIGUEZ	LUCIA MARISOL	30	11	1981	43 años, 11 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311658254	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE LINEA FERREA y X	096-151-1936 /
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	1311658254	CANUTO	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	11	25
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 43 AÑOS QUE ACUDE POR CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN FII DE CARACTER INTENSO Y SANGRADOS INTERMESTRUALES. APP HIPOTIROIDISMO, NODULOS TIROIDEOS. APF HTA, CA PROSTATATA (PADRE+). ALERGIAS NO REFIERE. ACX: CESAREA 2. AGO: G4 A2 C2 HV2 (ULTIMO EMBARAZO 10/03/2023 ABORTO). AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE ALARMA. SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA PARA VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: QUISTE SIMPLE EN OVARIO IZQUEIRDO 2.17*1.98*20.8 CM CON VOLUMEN 4.49CC

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	09:02	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-11-25	09:02	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	