

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BRAVO	RITA DOLORES	24	10	1984	41 años, 2 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	1312220187	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA GRIJALVA y CDLA GRIJALVA	099-138-2991 /
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	1312220187	FLAVIO ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	01	23
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 41 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE; ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: APENDICECTOMIA; ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE POR HIPERMENORREA. MAS DISMENORREA DE APROXIMADAMENTE 1 AÑO DE EVOLUCION. AL EXAMEN FISICO PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, NO REFIERE SINTOMATOLOGIA URINARIA, DIGESTIVA, NI RESPIRATORIA. PACIENTE YA EN SEGUIMIENTO CON GINECOLOGIA EN HOSPITAL DE FLAVIO, POR MOTIVOS DE ESPECIALIDAD EN HOSPITAL SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON PARA POSIBLE VALORACION Y SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO ACUDE CON EXAMENES ACTUALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO REGULAR	N920		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-23	10:08	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	

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 clínico

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
2026-01-23	10:08	Medicina Rural	KEVIN GOMEZ HENAO	1759613738	