

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	SOL	GEMA MARIA	12	03	1995	31 años, 1 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312584293	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	XX y	099-423-8862 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1312584293	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2026	04	27
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

☐

DOLOR CRÓNICO, APP DE HISTERECTOMIA, TV EN MI.

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE SALPINGECTOMIA HACE 5 AÑOS E HISTERECTOMIA HACE 3 AÑOS POR MIOMATOSIS UTERINA, VARICES UTERINAS, QUE A PESAR DE VARIOS TRATAMIENTOS NO FUE POSIBLE SINO SOLO EL QUIRÚRGICO, TROMBOEMBOLIA AL MES LUEGO DE LA CIRUGIA, NO ALERGIAS A MEDICAMENTOS, CESAREAS 2, ABORTOS 1, GESTAS 3. ACUDE POR DOLOR EN ZONA PELVICA DERECHA DE 2 MESES DE EVOLUCIÓN, REFIERE ADEMÁS DOLOR DE INTENSIDAD 3/4 SOBRE EVA EN OCASIONES 10/10 QUE IMPIDE LA MOVILIDAD EN OCASIONES, AUMENTA CON EL EJERCICIO, ECO TV REPORTA quiste derecho 2 x 1 CM. ECOGRAFIA ABDOMINAL REPORTA MICROLITIASIS RENAL, CON PROBABLE CALCIFICACIÓN URETERAL DERECHA, PUJO Y TENESMO (DESDE HACE 5 MESES), DIFICULTAD PARA LA MICCIÓN, NO NICTURIA, SECRECIÓN VAGINAL COLOR BEIGE, MALESTAR GENERAL. 0994238862

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

LO DESCRITO EN LA ENFERMEDAD ACTUAL.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-27	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-04-27	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	