

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| RAMOS            | AVILA            | ESILDA AMARILIS | 23                  | 03  | 1984 | 42 años, 3 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        | 1312717356        | MANABI              | JUNIN  | JUNIN     | SITIO QUIMBA y               | 096-024-2262 /      |
| 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                 | 1312717356      | MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D06 / ZONA 4 |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                                          |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología - Brigada Médica externa ONG |  | 2026  | 07  | 08  |
| 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 DE 42 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE TUMORACION QUISTICA EN ANEXO IZQUIERDO EN SEGUIMIENTO EN HOSPITAL DE CALCETA, EN ESPERA DE VALORACION PERO CITA MEDICA NO HA PODIDO SER ASIGNADA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD CON DOLOR REFERIDO EN FOSA ILIACA IZQUIERDA DE 1 AÑO DE EVOLUCION, EL 23 DE DICIEMBRE SE HACE ATENDER EN CONSULTORIO PARTICULAR POR ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA DONDE CON ECOGRAFIA SE VISUALIZA QUISTE SIMPLE DE OVARIO DERECHO Y TERATOMA EN OVARIO IZQUIERDO CON CRITERIO QUIRURGICO, FUE VALORADA EN HOSPITAL DE CALCETA EN ESPERA DE ASIGNACION DE TURNO POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA SE VISUALIZA QUISTE SIMPLE DE OVARIO DERECHO Y TERATOMA EN OVARIO IZQUIERDO

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-07-08 | 14:13 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ANGELICA MARIA MERA REYNA | 1309015111 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-07-08 | 14:13 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ANGELICA MARIA MERA REYNA | 1309015111 |       |