

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	BRAVO	CARMEN JACINTA	24	07	1987	37 años, 2 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312902834	MANABI	CHONE	CANUTO	LAS HABRAS y	099-125-8208 /
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	1312902834	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	2024	10	21
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 DE 37 AÑOS QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA, TEF 0991258208-0993592925, POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO, POR PRESENTAR DOLOR EN HIPOGASTRIO, SE REALIZO ECOGRAFIA DONDE SE VISUALIZA UN GRAN QUISTE EN OVARIO IZQUIERDO (RESULTADOS DE ECOGRAFIA EN SISTEMA TIPO C). APP: NO REFIERE ALERGIAS: NO REFIERE APQX: NO REFIERE AGO: G: 2 P: 2 C: 00 A: 00 FUM: 5/10/2024 CICLOS REGULARES 28-05 CON METRORREA. MENCIONA QUE HACE 12 AÑOS LE DIJERON QUE TENIA UN FIBROADENOMA EN SENO IZQUIERDO. NO REALIZA PLANIFICACION FAMILIAR. ACTIVA, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, AL EXAMEN FISICO PRESENTA MASA DE APROX 1 CM EN MAMA IZQUIERDA CUADRANTE INFERIOR INTERNO DE LA MAMA, NO RUBOR, NO CALOR, NO SALIDA DE LIQUIDO, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO O DOLOROSO, NO SE PALPAN MASAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES EN SISTEMA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-21	09:10	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

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
2024-10-21	09:10	Medicina Rural	JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR	1313631234	

