

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	CALDERON	CARMEN ADELAYDA	21	03	1988	37 años, 5 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313327866	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	VIA A TOSAGUA y	098-752-1963 /
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	1313327866	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		2025	09	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 ☐	QUISTE EN OVARIO DERECHO

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 37 AÑOS DE EDAD. APP: HTA TRATDA CON LOSARTAN 100 MG VO QD. CLORTALIDONA 25 MG VO QD. AA: NO REFIERE. APQX: CESAREA. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA CONTROL DE ENFERMEDADES CRONICAS Y REVISION DE EXAMENES. AL INTERROGATORIO REFIERE DISMENORREA, MENSTRUACION IRREGULAR. ALMOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ACTIVA, RECATIVA, ORIENTADA Y COLABORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DEL 04/09/2025 QUE REPORTA: OVARIO DERECHO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL, SE OBSERVA EN SU INTERIOR UN QUISTE SIMPLE MIDE 2.72 CMX2,05CMX3,38CM VOL DE 6,01CC

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EN DESARROLLO DEL OVARIO	Q501		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	15:25	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-09-08	15:25	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

