

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRANZA	CRUZ	KIMBERLYN ROCIO	19	07	2000	25 años, 2 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313546382	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN FRANCISCO 1 y	097-934-4175 /
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	1313546382	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2025	10	01
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 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 5 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR PÉLVICO TIPO OPRESIVO Y PULSATIL ACOMPAÑADO DE ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA, NAUSEAS PERO QUE NO LLEGAN AL VÓMITO, VERTIGO Y POLIAQUIURIA DURANTE TODO EL DIA. NIEGA SANGRADOS. PERO COMENTA QUE EL DOLOR ESTÁ DIFICULTANDO REALIZAR ACTIVIDADES DIARIAS DEBIDO A QUE NO TOLERA ESTAR EN NINGUNA POSICIÓN DEMASIADO TIEMPO. NIEGA ALERGIAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, FASCIE ALGICA, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO. ///// AL EXAMEN FISICO, DOLOR EN HIPOGASTRIO Y FOSA ILIACA BILATERAL A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA. DISTENSIOPN ABDOMINAL. NO SIGNOS DE PERITONITIS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MICROBIOLOGIA: UREA 30 MG/DL CREATININA 0.6 MG/DL AST 24 U/L ALT 28 U/L SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: HB 14.2 G/DL HCT 43.9 LEUCO 11.59 EU 71.3 LINF 23.2 PLAQUETAS 432000 EMO (UROANALISIS DE RUTINA): COLOR AMARILLO - ASPECTO TURBIO - PH 7 - LEUCOCITOS TRAZAS - GLUCOSA NEGATIVO - PROTEINAS (-) C.CETONICO (-) URBILINGENO (-)BILIRRUBINA (-) NITRITOS (-) HB (-) MICROSCOPICO: CEL EPITELIALES 5-9 XC LEUCOCITOS 3-6 XC - HEMATIES 2-5 XC BACTERIAS + FILAMENTO MUCOSO ++
ULTRASONIDO: LITIASIS RENAL BILATERAL: DERECHO 0.39CM - IZQUIERDO 0.45CM //// PARED VESICAL ENGROSADA /// OVARIO DERECHO CON ESTRUCTURA ALTERADA SE PRESENCIA IMAGEN HIPOECOICA DE BORDES REGULARES Y DEFINIDOS, REFORZAMIENTO ACUSTICO POSTERIOR, ECODOPPLER DE LESION (-) MEDIDAS 3.34X2.79X3.36CM VL. 16.38ML.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-10-01	08:19	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

Firmado electrónicamente por:
MARIA JOSE MEZA
CUSME
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-01	08:19	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	