

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	MUÑOZ	ADRIANA DOLORES	04	04	2001	24 años, 4 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313579136	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA LA FLORESTA y	098-522-5213 /
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	1313579136	SANTA RITA	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	08	12
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

F 24A. APP: NR, APF: NR, AQX: NR, ALERGIAS: AINES. METODO ANTICONCEPTIVO: NO USA. ACUDE POR REVISION DE ESTUDIOS. LABORATORIO (11/08/25) WBC 11.79, HB 12.2, HCT 37.3, PLT 375. UREA 22.95, CREAT 0.65, AC. URICO 4.69, TFG 124.2. LDH 146, PCR 7.6, SODIO 138.6, POTASIO 4.34, CLORO 101.58. EMO: PH 6, DENSIDA 1030, LEUCOCITOS 3-5, ERITROCITOS 1-2, CEL. ESCAMOSAS 10-12, BACTERIAS (+), FILAMENTO MUCOSO (+). H. PYLORI (-), UROCULTIVOñ ESCASOS COCOS GRAM +, ESCASOS BACILOS GRAM -. ECO ABDOMINAL (17/05/2025): ANEXO DERECHO CON QUISTE COMPLEJO MIXTO (SOLIDO LIQUIDO) DE 163MM POR 90MM CON MASA ECOGENICA EN SU INTERIOR DE 61MM POR 38MM. PIELOECTASIA RENAL DERECHA A IZQUIERDA PRE Y POST MICCIONAL DE ETIOLOGIA A DETERMINAR. ESTEATOSIS DIFUSA LEVE DE HIGADO. AL INTERROGATORIO PCTE SOLO MENCIONA LIGERO DOLOR ABDOMINAL SIN OTRA SINTOMATOLOGIA APARENTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE RECOMEINDA VALORACION CON LABORATORIOS (CA-125, CA 19-9, CEA, H4), RM PELVICA O VALORAR NECESIDAD DE CIRUGIA EXPLORATORIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N390		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-12	08:11	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2025-08-12	08:11	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

