

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	MUÑOZ	ADRIANA DOLORES	04	04	2001	24 años, 9 meses, 30 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		2026	02	03
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 24 AÑOS CON ANTECEDENTE DE OOFORECTOMÍA UNILATERAL, QUE ACUDE A CONSULTA POR CONTROL MEDICO. REFIERE IRREGULARIDADES MENSTRUALES QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR PÉLVICO CON IMPACTO EN SU CALIDAD DE VIDA. AL EXAMEN FÍSICO: SIGNOS VITALES ESTABLES, ABDOMEN BLANDO, DOLOROSO A LA PALPACION. SE CONSIDERA NECESARIO VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR GINECOLOGÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL, DESCARTAR INSUFICIENCIA OVÁRICA O ALTERACIONES HORMONALES Y DEFINIR CONDUCTA TERAPÉUTICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSUFICIENCIA OVARICA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS	E894	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-03	12:14	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-02-03	12:14	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	