

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	GOROZABEL	GENESIS GABRIELA	18	05	1999	26 años, 4 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313736165	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDAL CAMILO GILER y	093-980-4423 / (99)-999-9999
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	1313736165	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	09	22
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 CON 2 NIÑOS SIN ABORTOS CON PROBLEMAS DE QUISTES EN OVARIOS MENSTRUACIONES ABUNDANTES E IRREGULARES. QUE REQUIERE LIGADURA DE TRONPAS. PACIENTE ADEMÁS INDICA QUE TIENE 4 MESES CON INGESTA DE MEDICACION PARA ELIMINACION DE QUISTES OVARIOS AL MOMENTO ACTIVA AFEBRIL ACUDE PARA ECOGRAFIA DE CONTROL. FUM 1/09/2025 CICLOS IRREGULARES CON SANGRADO DE HASTA 15 DIAS, FLUJO REGULAR, NO COAGULOS, DOLORES MENTRUALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON 2 NIÑOS SIN ABORTOS CON PROBLEMAS DE QUISTES EN OVARIOS MENSTRUACIONES ABUNDANTES E IRREGULARES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTERILIZACION	Z302		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-22	11:04	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2025-09-22	11:04	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	