

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	INTRIAGO	MARIA CONCEPCION	19	08	2003	22 años, 6 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313826149	MANABI	CHONE	CONVENTO	CORNETA y	096-017-6415 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313826149	CONVENTO	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	03	11
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 22 AÑOS DE EDAD ACUDE POR PRSENTAR CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DIFUSO DE INTENSIDAD MODERADA CON LOCALIZACION EN REGION PELVICA REFIERE SANGRADOS INTERMESTRUALES EN ABUNDANTE CANTIDAD AL MOMENTO AFEBRIL, COLABORA CON EL INTERROGATORIO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS , TORAX SIMÉTRICO CSPA VENTILADO RSCS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE DOLOROSO, EN REGION PELVICA EXTREMIDADES SIMÉTRICAS SIN EDEMA.EN ECOGRAFIA SE EVIDENCIA QUISTE SIMPLE DE OVARIO DERECHO LIQUIDO LUBRE EN FONDO DE SACO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OVARIO DERECHO LESION OCUPATIVA MIDE 1.7 X1.6 CM LIQUIDO LIBRE EN FONDO DE SACO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO NO INFLAMATORIO DEL UTERO, NO ESPECIFICADO	N859		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-11	13:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2026-03-11	13:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

