

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MUNOZ	GINGER THALIA	12	05	2000	25 años, 3 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	1314036573	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BRAVO CHICO y	098-746-4646 /
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	1314036573	SAN ANTONIO	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	11
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☒
Falta de profesional	☐	QUISTE OVARICO EVIDENCIADO POR ECOGRAFIA.	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 25 AÑOS, ACUDE POR CONSULTA GINECOLOGICA. PARA REVISION DE ECOGRAFIA. PRESENTA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO INTERMITENTE TIPO COLICO DE 8 MESES DE EVOLUCIÓN, REFIERE LOS DOLORES NO ESTAN ASOCIADOS A PERIODO MENSTRUAL, ANTECEDENTES DE ACNE. SE LE REALIZA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL LA CUAL REPORTA UTERO ECOGENISIDAD HOMOGENEA ENDOMETRIO MIDE 8 MM DIAMETROS NORMALES SACO DE DOUGLAS PRESENTA LIQUIDO OVARIO DERECHO PRESTA IMAGENES MULTIFOLICULAR MIDEN ENTRE 4 Y 6 MM DIAMETROS NORMALES SE OBSERVA QUISTE SIMPLE MIDE 9 MM. YA RECIBIO TRATAMIENTO POR 14 DIAS PARA EPI (CEFTRIAXONA 500MG IM, DOXICICLINA 100MG VO CADA 12 HORAS POR 14 DIAS, METRONIDAZOL 500 MG CADA 12 HORAS POR 14 DIAS) SIN PRESENTAR MEJORIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0992577155 - 0995490103

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-11	14:40	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2025-09-11	14:40	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

