

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| LUCAS            | MOREIRA          | MARIA ESTEFANIA | 04                  | 08  | 1996 | 29 años, 5 meses, 3 días | Mujer   |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314420041        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | SITIO TROPEZON y             | 096-959-4036 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón        | Parroquia     | Calle Principal y Secundaria | Convencional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1314420041      | FLAVIO ALFARO            | CENTRO DE SALUD TIPO B | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |                           |      | Fecha |     |  |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|---------------------------|------|-------|-----|--|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Ginecología y Obstetricia | 2026 | 01    | 07  |  |
| 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 ACUDE POR PRESENTAR DOLOR EN BAJO VIENTRE TIPO COLICO , TRASTORNO EN LA MESTRUACION , ORINA Y DEFECA NORMAL , SE RECIBE RESULTADO DE ECOGRAFIA TRANS VAGINAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: CEJA DE CONTENIDO LIQUIDO EN CAVIDAD ENDOMETRIAL, LESION OCUPATIVA DE ESPACIO UBICADA EN OVARIO IZQUIERDO, EN RELACION A TERATOMA Y OVARIO DERECHO QUISTE SIMPLE

5. Diagnóstico

| Diagnóstico              | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------|--------|-----|-----|
| TUMOR BENIGNO DEL OVARIO | D27X   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-01-07 | 10:00 | Medicina General | ROGER MAMANI MAYTA     | 1756927933 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-01-07 | 10:00 | Medicina General | ROGER MAMANI MAYTA     | 1756927933 |       |