

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	LOOR	JENIFFER CRISTINA	20	03	2005	20 años, 10 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314424894	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA JJJJJ y SN	098-304-7626 /
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	1314424894	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	02	05
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 20 SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA, USANDO ANTICONCEPCION ORAL ACUDE A CONSULTA EL DIA DE HOY REFIRIENDO QUE TIENE DOLOR EN FOSA ILIACA IZQUIERDA DESDE HACE UN AÑO, SE RALIZO UNA ECOGRAFIA QUE INDICABA VARICES UTERINAS Y ESTABA EN SEGUIMIENTO DE GINECOLOGIA, AL MOMENTO DRA DE GINECOLOGA NO SE ENCUENTRA OPERANDO EN EL HOSPITAL POR LO QUE HA PERDIDO EL SEGUIMIENTO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA ECOGRAFIA PELVICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
VARICES PELVICAS	I862		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-05	10:51	Medicina Rural	HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA	1727573154	

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
2026-02-05	10:51	Medicina Rural	HUGO KEVIN DUQUE ESPINOZA	1727573154	