

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MACIAS	FALCONI	INGRI JAMILETH	13	06	2002	22 años, 5 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314554021	MANABI	CHONE	RICAUORTE	GARRAPATA y	098-695-5771 / (00)-000-0000
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	1314554021	RICAUORTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia		2024	11	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 FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APF: ABUELA MATERNA DM; ABUELO MATERNO HTA. APQX: NO REFIERE. ALERGIA: NO REFIERE. AGO: G0A0P0HV0 FUM: 13-11-2024. PERIODOS MENSTRUALES REGULARES 28-05. TEL: 0986955771, TEL MAMA: 0967923752, RESIDE GARRAPATA, PUNTO REF DE VIVIENDA: AL LADO DEL IESS SSC, SEGURO SOCIAL: SI. PACIENTE REFIERE MUCHA CANTIDAD DE SANGRE EN SUS PERIODOS: REFIERE UTILIZAR 4 TOALLAS SANITARIAS DIARIAS. NO REFIERE SANGRADOS ENTRE CICLOS. REFIERE DISMENORREA EVA: 7/10 NO REFIERE AUTOMEDICACIÓN. PACIENTE QUE ACUDE A UNIDAD PARA REVISION DE ECOGRAFIA Y A SU VEZ REFIRIENDO QUE HACE APROXIMADAMENTE 5 MESES SINTIÓ UNA MASA EN REGIÓN DE FOSA ILIACA DERECHA LA CUAL CAUSA DOLOR EVA 2/10 CONSTANTE, IRRADIACIÓN: NO REFIERE, NO REFIERE ATENUANTES O AGRAVANTES. PLAN: SIGNOS DE ALARMA, REFERENCIA GINECOLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES COMPLEMENTARIOS: ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REPORTA: UTERO TAMAÑO ECOGENICIDAD NORMALL, ENDOMETRIO FINO HOMOGENEO MIDE 7 MM, SACLO DE DOUGLAS LIBRE DE LIQUIDO, OVARIO IZQUIERDO TAMAÑO ECOGENICIDAD NORMAL, PRESENCIA DE QUISTE FOLICULAR DE 3 MM, OVARIO DERECHO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD HOMOGENEO, SE OBSERVA QUISTE DE TAMAÑO MAYOR 42 MM X 32 MM X 34 MM. VOL: NO DICE.

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-22	08:59	Medicina Rural	MARY LEIDY ESMERALDAS AVEIGA	1315935229	

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
2024-11-22	08:59	Medicina Rural	MARY LEIDY ESMERALDAS AVEIGA	1315935229	

