

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	MACIAS	IVANNA JULIETH	14	04	2003	23 años, 3 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314919406	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	099-214-1594 /
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	1314919406	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		2026	08	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 23 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES, CON EPISODIOS DE RETRASO Y VARIACIÓN EN LA DURACIÓN DEL SANGRADO MENSTRUAL, ASOCIADOS A DOLOR CRÓNICO EN ABDOMEN INFERIOR DE INTENSIDAD VARIABLE, TIPO CÓLICO, QUE SE EXACERBA DURANTE LOS PERÍODOS MENSTRUALES Y EN OCASIONES INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS. REFIERE QUE EL DOLOR HA SIDO PERSISTENTE, CON ALIVIO PARCIAL CON ANALGÉSICOS DE USO COMÚN. NIEGA FIEBRE, VÓMITOS, SECRECIÓN VAGINAL FÉTIDA O SANGRADO GENITAL ABUNDANTE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

1314919406.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
MENSTRUACION IRREGULAR, NO ESPECIFICADA		N926	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	08:49	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-08-05	08:49	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	