

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IBARRA	RIVAS	MARIA DALESKA	24	01	2006	19 años, 10 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315214880	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO CULEBRA y	099-552-7629 /
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	1315214880	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	11	28
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

☐

MENSTRUACIONES IRREGULARES, ABUNDANTES, MAMAS DOLOROSAS, IRREGULARIDADES

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 19 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE MENSTRUACIONES IRREGULARES, DISMENORREAS, MENCIONA SANGRADO EXCESIVO, FUM 25/11/2025, AL MOMENTO AUN REFIERE SANGRADOS ABUNDANTES Y DISMENOREA+ MASTALGIA DE PREDOMINIO IZQUIERDO (SE PALPA ENDURECIMIENTO EN CUADRANTE SUPERIOR EXTERNO, NO INDENTIFICABLE MASA AL TACTO EN ESTE MOMENTO), MENCIONA RETIRO RE IMPLANTE SUBDERMICO EL DIA LUNES 24 DE NOVIEMBRE POR DEFORMIDAD DEL IMPLANTE, MENCIONA SINCOPEs POR PERDIDA DE SANGRE, MENCIONA QUE EL RETIRO DE IMPLANTE SE REALIZA E HOSPITAL NAPOELON DAVILA CORDOVA, DONDE POR SU SINTOMATOLOGIA SUGIEREN CONTROL POR GINECOLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MENSTRUACIONES IRREGULARES ESPECIFICADAS	N925		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-28	10:28	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-11-28	10:28	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	