

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARRE	ZAMBRANO	JESSENIA MARILUD	26	03	1996	29 años, 10 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315414498	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	N/A y SN	096-025-5820 /
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	1315414498	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	23
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 29 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PERSONALES IMPORTANTES , AGO: G3 P3 C0 A0 AQX: SALPINGECTOMIA, PACIENTE REFIERE QUE HACE 1 AÑO APROXIMADAMENTE TIENE SANGRADOS LEVES + DISPAREUNIA+DISMENORREA, SE REALIZO PAP: CON CERVIX INFLAMADO SANGRANTE. A LA ESPECULOS COPIA SE EVIDENCIA CERVIX NORMAL, INFLAMADO, SANGRANTE. TRAE ECOGRAFIA LA CUAL DETALLA HALLAZGOS COMPATIBLES CON QUISTE DERMOIDE, PACIENTE AL MOMENTO ESTABLE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: SE INDENTIFICA FORMACION QUISTICA DE APROXIMADAMENTE 2.19X2.58 CM EN OVARIO DERECHO. HALLAZGOS COMPATIBLES CON QUISTE DERMOIDE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EN DESARROLLO DEL OVARIO	Q501		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-23	08:43	Medicina Rural	VICENTE VIDAL MENDOZA PINARGOTE	1313899575	

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
2026-02-23	08:43	Medicina Rural	VICENTE VIDAL MENDOZA PINARGOTE	1313899575	