

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	CHAVEZ	ALISSON CAROLINA	23	12	1994	31 años, 3 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315513810	MANABI	CHONE	RICAURTE	RICAURTE y	098-119-1386 / (99)-999-9999
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	1315513810	RICAURTE	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	03	25
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 31 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA REVISION DE ECOGRAFIA ABDOMINAL. AL MOMENTO LA PACIENTE MENCIONA QUE SIENTE DOLOR ABDOMINAL QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR AL COITO INTRAVAGINAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: REPORTA A NIVEL DE TCS EN EXTREMO DERECHO DE CICATRIZ QUIRURGICASE OBSERVA IMAGEN DE BORDES IMPRECISOS CONTENIDO HIPOECOICO AVASCULAR AL EFECTO DOPPLOR COLOR, MIDE 10 X 6 X 12 MM. EN PROBABLE RELACION A ENDOMETRIOMA DE PARED ABDOMINAL, NO COLECCIONES NI TRAYECTOS FISTULOSOS. PLANOS MUSCULARES CONSERVAN SU PATRON FIBRILAR, NO PRESENCIA DE LIQUIDO INTERSTICIAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENDOMETRIOSIS EN CICATRIZ CUTANEA	N806		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-25	16:11	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

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
2026-03-25	16:11	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	