

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORENO	BRAVO	MARIA FERNANDA	05	07	1997	28 años, 0 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	1315518272	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ALEJO LASCANO y	098-728-9827 /
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	1315518272	SANTA RITA	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	07	09
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 DE 28 AÑOS, ACUDE POR CONSULTA GINECOLOGICA. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS: GESTAS: 1 PARTOS: 1 CESAREAS: 0 ABORTOS: 0. PIG:9/09/2017 IVS: 15 AÑOS, MENARQUIA: 14 AÑOS, FUM: 28/06/2025. MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL: NO UTILIZA. REFIERE COMO ANTECEDENTE DE ANTICONCEPCIÓN USO DE INYECTABLE DURANTE 7 AÑOS. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, ORIENTADA. PACIENTE REFIERE PRESENTAR MASA EN LABIO EXTERNO DERECHO, A LA PALPACION MASA SEMI DURA NO ENROJECIDA E INDOLORA. SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNODO NIVEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIENTE REFIERE PRESENTAR MASA EN LABIO EXTERNO DERECHO, A LA PALPACION MASA SEMI DURA NO ENROJECIDA E INDOLORA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTE EPIDERMICO	L720		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-09	13:36	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	

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
2025-07-09	13:36	Obstetricia Rural	BECKY ELIZABETH AVILA ROSADO	0956620934	