

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARREÑO	LOPEZ	ANA GABRIELA	29	08	2007	18 años, 5 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315795177	MANABI	CHONE	CANUTO	EL PARAISO y	099-155-5230 /
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	1315795177	CANUTO	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	01	29
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 18 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR DOLOR EN VIENTRE INFERIOR TIPO CÓLICO, SIN IRRADIACIÓN, DE INTENSIDAD EVA 6/10. REFIERE AMENORREA DE APROXIMADAMENTE UN AÑO DE EVOLUCIÓN. COMO ANTECEDENTE RELEVANTE, MADRE MANIFIESTA QUE LA PACIENTE FUE SOMETIDA A LEGRADO UTERINO POR ABORTO INCOMPLETO DE MANERA PARTICULAR EN LA CIUDAD DE GUAYAQUIL. NIEGA DISURIA, SECRECIONES VAGINALES Y OTROS SÍNTOMAS ASOCIADOS; REFIERE EPISODIOS PREVIOS DE ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA. AL MOMENTO SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA. POR DOLOR PÉLVICO PERSISTENTE, AMENORREA PROLONGADA Y ANTECEDENTE DE PROCEDIMIENTO UTERINO, SE CONSIDERA NECESARIA SU VALORACIÓN POR GINECOLOGÍA PARA ESTUDIO, DIAGNÓSTICO Y MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMENORREA SECUNDARIA	N911	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-29	11:25	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2026-01-29	11:25	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

