

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	CAICEDO	AILIN MICAELA	01	05	2008	18 años, 1 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316006152	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EUCLIDES ANDRADE y 6 DE DICIEMBRE	099-192-7031 /
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	1316006152	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2026	06	19
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 FEMENINO DE 18 AÑOS DE EDAD *** APP: NR *** APF: ABUELOS PATERNOS (DM II) ABUELA MATERNA (HTA) *** APQ: NR ***AA: NR *** FUM: 22/05/2026 *** PERIODOS REGULARES DESDE FEBRERO, PERO SOLO ESOS 3 MESES *** NIEGA USO DE ALGÚN METODO ANTICONCEPTIVO *** NIEGA PAREJA SEXUAL O INICIO DE VIDA SEXUAL *** ACUDE A ESTABLECIMIENTO REFIRIENDO CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERIODOS IRREGULARES MAYOR A 2 MESES ACOMPAÑADO DE COLICOS . REFIERE QUE EL AÑO PASADO LA DURACION ERA MAYOR A 7 DIAS, ABUNDANTES Y BASTANTE IRREGULARES. *** ESTE AÑO (2026) NO VIO MENSTRUACION EN ENERO, PERO SI FEBRERO, MARZO Y ABRIL. USO DE 2-3/24H. DURACION DE 4 DIAS. AÑADE COLICOS MENSTRUALES Y DOLOR EN CADERAS. *** TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ecografia pelvica ,

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS QUISTES OVARIOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	N832	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-19	15:21	Medicina General	FERNANDA VANESSA ALCIVAR MACIAS	1312411182	

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
2026-06-19	15:21	Medicina General	FERNANDA VANESSA ALCIVAR MACIAS	1312411182	

