

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ARTEAGA	NAYELY KRISBEL	12	11	2001	24 años, 3 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316397528	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE 7 DE AGOSTO y	099-718-2998 / (05)-236-1485
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	1316397528	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología - Brigada Médica externa ONG		20260310
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 24 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE, AGO:1 C1P0A0 ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 5 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO TIPO COLICO EN UNA ESCALA EVA 6/10, PRESENTA AMENORREA DE 2 MESES, ASOCIADO A SINTOMAS COMO NAUSEAS, DISPAREUNIA. PACIENTE QUE LLEGA CONTROLES EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA SE LE REALIZA REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO SUBSECUENTE CON ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
AMENORREA, SIN OTRA ESPECIFICACION	N912	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-10	09:43	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-03-10	09:43	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	