

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	LILIANA ANDREINA	25	10	1996	29 años, 8 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316962396	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	COLORADO y	096-090-6975 /
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	1316962396	ELOY ALFARO	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	07	07
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 29 AÑOS DE EDAD, FUM: 21/06/2026, ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS . GESTAS:3 PARTOS:3 HACE 3 AÑOS . ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE, ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: PAPAS HTA, ALERGIA: REFIERE NO ESTAR SEGURA DE LA NITROFURANTOINA, HABITOS: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. ACUDE A CONSULTA DE OBSTETRICIA POR DOLOR PELVICO DERECHO DESDE HACE 3 AÑOS , QUE INCLUSO LE IMPIDE CAMINAR, PACIENTE REFIERE TENER QUISTES OVARICOS, FUE REFERIDA AL HOSPITAL DONDE SE LA TRATÓ CON ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO LEVONORGESTREL + ETINILES TRADIOL, ADEMAS REFIERE QUE SE HA TRATADO PARTICULARMENTE PERO EL DOLOR PUNZANTE SIGUE, TRAE CON ELLA ECOGRAFIA TRANSVAGINAL PARA REVISION DONDE SE REPORTA ANEXITIS UNILATERAL, SE HA REALIZADO TRATAMIENTO, PERO PACIENTE REFIERE CONTINUAR EL DOLOR Y LE IMPIDE CAMINAR POR EL MOMENTO, MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA PARA VALORACION CON ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: VEJIGA: PLENIFICADA, PAREDES FINAS, NO LITOS EN SU INTERIOR, CONTENIDO ANECOICO. ÚTERO: LOCALIZACIÓN PÉLVICA, CENTRAL, PIRIFORME EN ANTEROVERSION, DE CONTORNOS DEFINIDOS, PARÉNQUIMA MIOMETRIAL DE ECOTEXTURA HOMOGÉNEA, NO SE EVIDENCIA IMAGEN SOLIDA EN SU INTERIOR. DIMENSIONES DE ÚTERO APROXIMADAS: LONGITUDINAL: 5.71 CM, ANTEROPOSTERIOR: 2.78CM, TRANSVERSAL: 3.68CM. VOL: 30.61 ML SE OBSERVA DILATACION DE TROMPA DE FALOPIO DERECHA CON ENDOMETRIO ECOGÉNICO CONTINUO, PIRIFORME, CENTRAL DE CONTORNOS DEFINIDO, DE 0.24CM DE GROSOR, DE PATRÓN ECOGRÁFICO HOMOGÉNEO SIN PRESENCIA DE ECOS EN SU INTERIOR, INTERFASE DE ENDOMETRIO MIOMETRIAL CONSERVADO SIN INTERRUPCIONES. CUELLO DEL UTERO: LOCALIZACIÓN PÉLVICA, CENTRAL, PARENQUIMA HOMOGNEO, NO SE APRECIA IMAGEN QUISTICA EN SU INTERIOR, MEDIDAS APROXIMADAS DE CUELLO UTERINO: 2.78CM X 2.56CM X 2.44CM, VOL: 9.09ML. OVARIO DERECHO: DE LOCALIZACIÓN PARAUTERINA, DE FORMA OVOIDEA, DE CONTORNO DEFINIDO, PATRÓN HIPOECOGENICO, ESTROMA HETEROGÉNEO, SE VISUALIZA IMÁGENES ANEICOICAS DE BORDES BIEN DEFINIDOS SUGESTIVO PARA QUISTE EN NUMERO 4-6. DIMENSIONES APROXIMADAS OVARIO: LONGITUDINAL: 3.72CM - ANTEROPOSTERIOR 2.24CM - TRANSVERSAL 2.36CM. VOL: 10.27ML. OVARIO DERECHO: DE LOCALIZACIÓN PARAUTERINA, DE FORMA OVOIDEA, DE CONTORNO DEFINIDO, PATRÓN HIPOECOGENICO, ESTROMA HETEROGÉNEO, SE VISUALIZA IMÁGENES ANEICOICAS DE BORDES BIEN DEFINIDOS SUGESTIVO PARA QUISTE EN NUMERO 4-6. DIMENSIONES APROXIMADAS OVARIO: LONGITUDINAL: 2.15CM - ANTEROPOSTERIOR 1.07CM - TRANSVERSAL 1.78CM. VOL: 2.1 4ML. FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE CONSIDERAR: * ANEXITIS UNILATERAL DERECHA. * SALPINGITIS UNILATERAL DERECHA. * EPI * ENDOMETRIO FASE PROLIFERATIVA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SALPINGITIS Y OOFORITIS AGUDA	N700		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-07	20:57	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	

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
2026-07-07	20:57	Obstetricia Rural	MELANIE DANIELA VALENCIA GOMEZ	0957429780	