

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OCHOA	VILLAMAR	KIMBERLYN ALEXANDRA	20	12	2010	14 años, 11 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317506358	MANABI	CHONE	RICAU RTE	VIA BAHIA y	000-000-0000 / (00)-000-0000
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	1317506358	RICAURTE	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	12	01
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 ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE LA CUAL REFIERE QUE TIENE SANGRADOS ABUNDANTES DESDE EL MES DE SEPTIEMBRE MADRE REFIERE QUE MEDICO ANTERIOR LE ENVIO TRATAMIENTO PARA 6 MESES (NO RECUERDA CUAL) MADRE REFIERE QUE SOLO TOMO 22 DIAS LA PASTILLA Y CORTARON EL TRATAMIENTO POR CUENTA PROPIA, SE REvisa ECOGRAFIA REALIZADA EL 2 DE OCTUBRE TODO DENTRO DE LA NORMALIDAD SE HACE REFERENCIA A GINECOLOGIA, SE PIDE REALIZAR BIOMETRIA HEMATICA DE FORMA PARTICULAR YA QUE LA PACIENTE PRESENTA SIGNOS DE ANEMIA SIN EMBARGO MADRE INDICA QUE NO CUENTAN CON RECURSOS PARA REALIZARSE Y QUE SE LE HACE IMPOSIBLE YA QUE NO TIENE TRABAJO SE PIDE NUMERO DE TELEFONO PARA GESTIONAR TURNO E INTENTAR REALIZAR LOS EXAMENES ESTA SEMANA SE LE PIDE ESTAR ATENTA AL TLF Y QUE VENGA INMEDIATAMENTE A VER LA ORDEN MADRE MANIFIESTA ESTAR DE ACUERDO
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRADOS ABUNDANTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMORRAGIA VAGINAL Y UTERINA ANORMAL, NO ESPECIFICADA	N939	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-01	09:08	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	

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
2025-12-01	09:08	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	

