

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres		Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MOREIRA	VERONICA ELIZABETH		11	09	2011	13 años, 10 meses, 14 días	Mujer
				día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350164628	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA WALTON GARCIA y SD	000-000-0000 /	
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	1350164628	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA A		
Refiere o Deriva a:							
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Ginecología y Obstetricia	2025	07	25
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	☐	MEDICO ANESTESIOLOGO NO DA PASE A CIRUGIA POR SER PCTE AUN PEDIATRICA	

3. Resumen del cuadro clinico

PCTE DE 13 AÑOS DE EDAD. MENARQUIA DESDE LOS 11 AÑOS DE EDAD. CICLOS REGULARES. SANGRADO NORMAL. DOLOR TIPO COLICO 10 /10 FUM 22 DE JULIO DEL 2025. APP NO REFERIDA X PEDIATRIA YA QUE ECO REPORTA QUISTE SIMPLE DE GRAN TAMAÑO. DE 9 CM. AMERITA RESOLUCION QUIRURGICA. ANESTESIOLOGO NO DA PASE A CIRUGIA POR SER PCTE PEDIATRICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECO REPORTA QUISTE SIMPLE DE GRAN TAMAÑO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico				CIE-10	PRE
OTROS QUISTES OVÁRICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS				N832	
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-07-25	11:21	Ginecología y Obstetricia	JESSICA FABIOLA REGALADO SEGOVIA	1309535340	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio
---------------------	-----------------	--------------------------	------	----------

Contrarefiere o Referencia Inversa a:

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día
---------------------	--------------------------	------	---------------	-----

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de m-complejidad