

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MINAYA	MERO	KYRA DOMENICA	25	01	2007	18 años, 11 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351472624	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ÑAUSE y	099-575-0792 /
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	1351472624	NAUSE	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	26
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 18 años de edad que acude por presentar dolor pélvico recurrente, de tipo crónico, de intensidad variable, que se exacerba durante los períodos menstruales y limita parcialmente sus actividades diarias. Refiere antecedentes gineco-obstétricos sin datos relevantes adicionales. Se revisa ecografía pélvica, la cual reporta hallazgos compatibles con endometriosis. Al examen físico se encuentra consciente, orientada, hemodinámicamente estable, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Dado el cuadro clínico y los hallazgos ecográficos, se considera patología ginecológica crónica, por lo que se indica valoración por Ginecología para confirmación diagnóstica, estadificación y manejo especializado. Se deja constancia y se orienta a la paciente sobre signos de alarma.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

endometriosis

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENDOMETRIOSIS DEL OVARIO	N801		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-26	16:02	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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
2025-12-26	16:02	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

