

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	ZAMBRANO	GLORIA CONCEPCION	20	02	1973	51 años, 8 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1712970225	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CALLE B y	099-457-4181 /
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	1712970225	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:

Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología	2024	11	06

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

PCTE DE 51 AÑOS DE EDAD CON QUISTE SEPTADO. APP: NO. SE LE ENVIA A HACER MARCADORES TUMORALES LOS CUALES SON NEGATIVOS AFP 0.9 CEA 1.7 CA 125 6.5 HE4 69.95 INDICE ROMA 9.1 NO HAY SINTOMAS.NI SANGRADOS. TRAE RESULTADOS DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA 6.3. PCTE AMERITA RESOLUCION QUIRURGICA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PCTE AMERITA CHEQUEO PREQUIRURGICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico

CIE-10

PRE

DEF

OTROS EXÁMENES ESPECIALES ESPECIFICADOS

2018

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO
2024-11-06	13:33	Ginecología y Obstetricia	JESSICA FABIOLA REGALADO SEGOVIA	1309535340



III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

DRA. JESSICA REGALADO S.
GINECÓLOGA - OBSTETRA
REG. 1027 - 2017 - 1866098
C.I.: 1309535340

DRA. JESSICA REGALADO S.
GINECÓLOGA - OBSTETRA
REG. 1027 - 2017 - 1866098
C.I.: 1309535340

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 clínico

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
2024-11-06	13:33	Ginecología y Obstetricia	JESSICA FABIOLA REGALADO SEGOVIA	1309535340	