

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	GARCIA	ERIKA GUADALUPE	30	06	2000	25 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	1754167573	MANABI	CHONE	RICAURTE	CALLE F Y EUGENIO ESPEJO y	095-902-7435 /
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	1754167573	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		2026	06	10
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 25 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE QUISTE OVÁRICO DIAGNOSTICADO HACE APROXIMADAMENTE 4 AÑOS, ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR EN REGIÓN PÉLVICA BAJA LOCALIZADO A NIVEL DE OVARIOS, DE INICIO HACE 8 DÍAS, DE INTENSIDAD SEVERA, TIPO CONTINUO, QUE SE EXACERBA DURANTE EL PERÍODO MENSTRUAL, CON UNA ESCALA VISUAL ANÁLOGA DEL DOLOR EVA DE 10/10. REFIERE NO HABER TOMADO MEDICACIÓN PARA ALIVIAR EL DOLOR, ÚNICAMENTE INFUSIONES DE TÉ, SIN PRESENTAR MEJORÍA. ASOCIA SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE EN CADA MENSTRUACIÓN. REFIERE ADEMÁS ARDOR AL ORINAR PRINCIPALMENTE EN LAS MAÑANAS, SIN DISURIA PERSISTENTE DURANTE EL RESTO DEL DÍA. MANIFIESTA QUE POSTERIOR A CADA MENSTRUACIÓN SUELE PRESENTAR INFECCIONES VAGINALES, LAS CUALES RELACIONA CON EL USO PROLONGADO DE TOALLAS SANITARIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS QUISTES OVARIOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	N832		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-10	12:41	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

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
2026-06-10	12:41	Medicina Rural	ALEX RAUL BENAVIDES LOOR	1314967199	

