

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALVARADO	MAMALLACTA	NARLY PAMELA	20	10	2002	22 años, 3 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2100921556	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	UNIDOS VENCEREMOS y	093-981-3958 /
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	2100921556	SAN ANTONIO	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	02	17
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 QUE ACUDE CON CONTRAREFERENCIA DE HOSPITAL NDC POR QUISTE DE OVARIO DERECHO DE MÁS O MENOS 3.63 X 2.65 X 3.25 VOL 16.38, IMAGEN OVAL ANECOICA BORDE REGULAR, QUE PROVOCA MUCHO DOLOR, FUM 28/12/2025. AL MOMENTO INFORMA DE DOLOR PELVICO DERECHO INTERMETNE ENTRE 2/10 Y HASTA 9/10 DE EVA Y CEFALEA, NAUSEAS, REFIERE ADEMÁS POLAQUIURIA TENESMO Y DISURIA, REFIERE ADEMÁS SECRECIÓN VAGINAL BLANQUECINA ESPESA, TRAE ECOGRAFÍA ABDOMINAL DEL 15 DE FEBRERO QUE REPORTA MICROLITIASIS RENAL BILATERAL, OVARIO DERECHO CON LESIÓN OCUPATIVA DE ESPACIO, FIBROMA??? OVARIO IZQUIERDO CON QUISTE SIMPLE. EMO LIG TURBIO BACTERIAS ++ Y LEUCOCITOS 2 A 4 XC

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.,

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-17	08:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2025-02-17	08:00	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	