



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |  |                  |                          |                              |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------|--|------------------|--------------------------|------------------------------|-----------|------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|------------------|------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     |  | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |                              | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA   |  | NÚMERO DE ARCHIVO                                       |                  |      |                         |   |   |   |
| MSP                                                         |  | 001414           | Chone                    |                              | CS-C      | 1350397244                         |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Coox                                                        |  | Cox              |                          | Alicia                       |           | Annabel                            |  | M                                                       | 12-08-2009       | 15   | H                       | D | M | A |
|                                                             |  |                  |                          |                              |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |  |                  |                          | REFERENCIA                   |           | DERIVACIÓN                         |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| 0980301642                                                  |  |                  |                          | X                            |           |                                    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |  |                  |                          | 1. Accesibilidad geográfica. |           | 6. Problemas de abastecimiento.    |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
|                                                             |  |                  |                          | 2. Falta de espacio físico.  |           | 7. Insuficiencia de profesionales. |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                                                   |  | CANTÓN           |                          | PARROQUIA                    |           | 3. Falta de equipamiento.          |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  | X    |                         |   |   |   |
| 13                                                          |  | 1303             |                          | 130301                       |           | 4. Equipos en mal estado.          |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
|                                                             |  |                  |                          |                              |           | 5. Problemas de infraestructura.   |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |  |                                          |  |                  |  |              |  |
|---------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                                                     |  | Hospital General Napoleon Davila Cordova |  | Consulta Externa |  | Ginecologia  |  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE QUE REQUIERE REVISIÓN DE ESTUDIO ECOGRAFICO DE FECHA 9 DE SEPTIEMBRE DEL 2024 EN RELACION A EN OVARIO IZQUIERDO TRES QUISTES FOLICULARES DE 3MM CADA UNO- OVARIO DERECHO NORMAL. INDICA MNESTRUACION IRREGULAR CADA 3 MESES DESDE HACE UN AÑO- NO DATOS DE VIOLENCIA. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| XXX                                                               |

| E. DIAGNÓSTICO |                                 | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|---------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Sindrome De Ovario Poliquistico |                                    | E282 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                 |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                 |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-12-16                            | 03:18        | Andres        |  | Alcivar         | Rivero           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1314783083                            |              |               |  |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |  |  |    |    |                        |  |  |  |    |    |
|---------------------------------------------|--|--|--|----|----|------------------------|--|--|--|----|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  |  |  | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  |  |  | SI | NO |

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--------------------------|--|-----------|----------------------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO |  |
|                                                                                |  |           |                          |  |           |                                  |  |                   |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |  |                          |  |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |  |                          |  |          | //                 |

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     | 4.  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     | 5.  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     | 6.  |  |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |