



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	Ricaurte	CS	1314554021							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Macias	Falconi	Ingri	Jamileth	M	13-06-2002	22	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-695-5771		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	130356	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 FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. APF: ABUELA MATERNA DM; ABUELO MATERNO HTA. APQX: NO REFIERE.ALERGIA: NO REFIERE. AGO: GOA0P0HV0 FUM: 13-11-2024. PERIODOS MENSTRUALES REGULARES 28-05. TEL: 0986955771- TEL MAMA:0967923752- RESIDE GARRAPATA- PUNTO REF DE VIVIENDA: AL LADO DEL IESS SSC- SEGURO SOCIAL: SI. PACIENTE REFIERE MUCHACANTIDAD DE SANGRE EN S US PERIODOS: REFIERE UTILIZAR 4 TOALLAS SANITARIAS DIARIAS. NO REFIERE SANGRADOS ENTRECICLOS. REFIERE DIS MENORREA EVA: 7/10 NO REFIERE AUTOMEDICACIÓN. PACIENTE QUE ACUDE A UNIDAD PARA REVISION DEECOGRAFIA Y A S U VEZ REFIRIENDO QUE HACE APROXIMADAMENTE 5 MESES SINTIÓ UNA MASA EN REGIÓN DE FOSA ILIACA DERECHALA CUAL CAUSA DOLOR EVA 2/10 CONSTANTE- IRRADIACIÓN: NO REFIERE- NO REFIERE ATENUANTES O AGRAVANTES. PLAN: SIGNOS DEALARMA- REFERENCIA GINECOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXAMENES COMPLEMENTARIOS: ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REPORTA: UTERO TAMAÑO ECOGENICIDAD NORMALL- ENDOMETRIO FINOHOMOGENEO MIDE 7 MM- SACLO DE DOUGLAS LIBRE DE LIQUIDO- OVARIO IZQUIERDO TAMAÑO ECOGENICIDAD NORMAL- PRESENCIADE QUISTE FOLICULAR DE 3 MM- OVARIO DERECHO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD HOMOGENEO- SE OBSERVA QUISTE DE TAMAÑO MAYOR42 MM X 32 MM X 34 MM. VOL: NO DICE.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Otros Quistes Ovaricos Y Los No Especificados		N832		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024-12-17	08:26	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1311538662				

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 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	