



| 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      | 1314788587                         |  |                                                         |                  |                                     |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |   | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE                       |           | SEGUNDO NOMBRE                     |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD                                | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |   |   |   |   |  |  |  |   |
| Zambrano                                                    |   | Salgado          |                          | Yarled                              |           | Null                               |  | M                                                       | 26-10-2001       | 23                                  | <table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table> | H | D | M | A |  |  |  | X |
| H                                                           | D | M                | A                        |                                     |           |                                    |  |                                                         |                  |                                     |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                                             |   |                  | X                        |                                     |           |                                    |  |                                                         |                  |                                     |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |   |                  |                          | REFERENCIA                          |           | DERIVACIÓN                         |  |                                                         |                  |                                     |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 093-943-6260                                                |   |                  |                          | <input checked="" type="checkbox"/> |           | <input type="checkbox"/>           |  |                                                         |                  |                                     |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 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                      |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 13                                                          |   | 1303             |                          | 130301                              |           | 4. Equipos en mal estado.          |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  | <input type="checkbox"/>            |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
|                                                             |   |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura.    |           | <input type="checkbox"/>           |  |                                                         |                  |                                     |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |

| 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 CONSULTA POR RESULTADO DE ECOGRAFIA REALIZADA EL 2/02/2025- DONDE REPORTA DIU BIEN INSERTADO Y OVARIOS CON QUISTES FOLICULARES EN NÚMERO DE 4 EN OVARIO DERECHO Y 5 EN OVARIO IZQUIERDO- FUM 22/02/2025 CON AMENORREA ANTERIOR DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN- TIENE ANTECEDENTES DE CEFALÉAS INTENSAS Y FRECUENTES NO DIAGNOSTICADAS POR ESPECIFICIDAD COMO MIGRAÑOSA- Y CICLOS AMENORREICOS DE 3- 5 A 6 MESES- DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN- CON FALLA DE TRATAMIENTO HORMONAL POR SUSPENSIÓN - DEBIDO A LASCÉFALÉAS- TIENE DIU DE COBRE INSERTADA HACER UN AÑO -VALORADA EN CONSULTA ANTERIOR VISIBLES A LA ESPECULOCOPIA- AL MOMENTO NO CONTAMOS CON ESPECULO- SE REFIERE A SEGUNDO NIVEL PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PERTINENTE. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| CICLOS AMENORREICOS                                               |

| E. DIAGNÓSTICO |                      | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Amenorrea Secundaria |                                    | N911 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                      |                                    |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                      |                                    |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-02-27                            | 07:44        | 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 |  | 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |