



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	Convento		CS	1314671361						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
Guerrero		Zambrano		Janeth		Dolores		M	15-01-1990	35	H D M A	
											X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
098-275-8239				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					
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 FEMENINA DE 35 AÑOS DE EDAD FUM 15/03/2025. AGO: G1 C1 APP PREECLAMPSIA APF: NO REFIERE AQX: CUP 1(PREECLAMPSIA) + APENDICECTOMIA ALERGIAS NO REFIERE HABITOS NO REFIERE. ACUDE EL DIA DE HOY A CONS ULTA POR REVISIONE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL DEBIDO A SANGRADO ABUNDANTE AL MENSTRUAR + DOLOR PELVICO. AL MOMENTO AFEBRIL-EUPNEICA- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- ORIENTADA ES S US ESFERAS- COLABORA CON EL INTERROGATORIO . AL EXAMEN FISICOAL EXAMEN FISICO MUCOSAS NORMOHIDRATAS- NORMOCOLOREADAS. TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS YVENTILADOS- RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS SIN SOPLOS- MAMAS SIMETRICAS- SIN PRESENCIA DE DOLOR NISECRECIONES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE- POCO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA. EXTREMIDADES SIMETRICAS SINPRESENCIA DE EDEMA. TRAE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL DEL 27/03/2025 CON REPORTE DE UTERO ANTEVERSO- BORDES DEFINIDOS-MIOMETRIO HOMOGENEO- CONTORNO REGULAR- SIN LESIONES OCUPATIVAS DE ESPACIO- ZONA DE HISTEROTOMIA NORMAL MEDIDADLONG 4.7CM- A-P 3-6CM- TRANS 5-2CM- VOL 46CC- ENDOMETRIO SECRETOR- MIDE 11.5CM. CERVIX ALARGADO- DE FORMA YESTRUCTURA NORMAL- MIDE 3.1CM DE LONGITUD- OCI Y OCE CERRADOS. OVARIOS: EN FOSA OVARICA DERECHA SE OBSERVA LESIONOCUPATIVA DE ESPACIO DE ECOGENICIDAD MIXTA CON PRESENCIA DE ECOS FINOS EN S USPENSION- PAREDES DELGADAS YREGULARES. AUSENCIA DE VASCULARIZACION MIDE 8.6X6.0X8.2CM CON VOLUMEN DE 227CC. OV. IZQ NO VISIBLE. FONDO DE SACOCON PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE. DX HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN RELACION CON PROBABLE QUISTE HEMORRAGICO UBICADO ENOVARIO DERECHO- LIQUIDO LIBRE EN FONDO DE SACO. SE ENVIA REFERENCIA AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA POR CONS ULTAEXTERNA AL AREA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. SE PRESCRIBE IBUPROFENO 400MG TOMAR 1 TAB CADA 12 HORAS POR 5 DIAS.DE DA ASESORIA SOBRE DIETA SALUDABLE- ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NO HAY PARAMETROS. PACIENTESALE ESTABLE DE CONS ULTA.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
OVARIO DERECHO: EN FOSA OVARICA DERECHA SE OBSERVA LESION OCUPATIVA DE ESPACIO DE ECOGENICIDAD MIXTA CONPRESENCIA DE ECOS FINOS EN S USPENSION- PAREDES DELGADAS Y REGULARES. AUSENCIA DE VASCULARIZACION MIDE8.6X6.0X8.2CM CON VOLUMEN DE 227CC. DX HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN RELACION CON PROBABLE QUISTE HEMORRAGICOUBICADO EN OVARIO DERECHO.	

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
2025-03-28	10:24	Maria		Andrade	Barreiro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310675093					

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	