



| 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           | Centro De Salud Tipo C Tosagua                                                                                   | CS-C                                                                                                                                | 1310437510                       |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                                                                                                    | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                      | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Parraga                                                     | Cedeño           | Ana                                                                                                              | Karina                                                                                                                              | M                                | 06-12-1979        | 45   | H                       | D | M | A |  |  |
|                                                             |                  |                                                                                                                  |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA <input checked="" type="checkbox"/> DERIVACIÓN <input type="checkbox"/>                               |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 0980549598 / 099548593                                      |                  | MOTIVO                                                                                                           |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica. <input type="checkbox"/> 6. Problemas de abastecimiento. <input type="checkbox"/>   |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  | 2. Falta de espacio físico. <input type="checkbox"/> 7. Insuficiencia de profesionales. <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                     |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                                                                                                        | 3. Falta de equipamiento. <input type="checkbox"/> 8. Inadecuada capacidad resolutive <input type="checkbox"/>                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | 1315             | 131550                                                                                                           | 4. Equipos en mal estado. <input type="checkbox"/> 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                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FEMENINA DE 45 AÑOS CON APP DE POLIPO ENDOMETRIAL- REFIERE IRREGULARIDADES EN SU MENSTRUACIÓN...TIPO HIPERPOLIMENORREA?TAMBIÉN INFECCIONES GENITOURINARIAS RECURRENTES...POR ELLO SE INDICA ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS E I/C. CON GINECOLOGÍA. |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| HB. 8GR/DL.                                                       |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                       | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Menstruacion Excesiva Y Frecuente Con Ciclo Irregular |                                 | N921 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                       |                                 |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                       |                                 |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-01-21                            | 02:49        | Blanca        | Cobefia         | Zambrano         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1309555959                            |              |               |                 |                  |

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