



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	Nause	CS	0940569536						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Anchundia	Cedeño	Miriam	Elizabeth	M	25-05-1995	30	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
0959504590		X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130302								

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 29 AÑOS. APP: NO REFIERE- NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA- ES ATENDIDA POR DOLOR PELVICO EVA 8/10 SUBSECUENTE/ METODO ANTICONCEPTIVO REGULAR: MICROGYNON. SE REvisa ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REALIZADA 20/05/2025: UTERO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL- SE OBSERVA PRESENCIA DE VARICES- ENDOMETRIO FINO TAMAÑO NORMAL MIDE 8MM/ SACO DE DOUGLAS LIBRE DE LIQUIDO/ OVARIO DERECHO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL- PRESENCIA DE QUISTES FOLICULARES MENORES DE 3MM/ OVARIO IZQUIERDO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL- PRESENCIA DE TRES QUISTES DE 20MM SIN DILATACION/ ID: S. OVARIO POLIQUISTICO/ REF. GINECOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REALIZADA 20/05/2025: UTERO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL- SE OBSERVA PRESENCIA DE VARICES- ENDOMETRIO FINO TAMAÑO NORMAL MIDE 8MM/ SACO DE DOUGLAS LIBRE DE LIQUIDO/ OVARIO DERECHO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL- PRESENCIA DE QUISTES FOLICULARES MENORES DE 3MM/ OVARIO IZQUIERDO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL- PRESENCIA DE TRES QUISTES DE 20MM SIN DILATACION/ ID: S. OVARIO POLIQUISTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Varices Pelvicas		1862	X		4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-05-29	08:28	Eyleen	Pesantes	Castro
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1316282464				

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	