



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	Chibunga	CS-A	1317203105							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Mendoza	Intriago	Josenka	Mariel	M	19-12-2000	24	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0990138865		X		MOTIVO							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
PROVINCIA		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
CANTÓN	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive								
PARROQUIA	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
13	1303	130350	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 24 AÑOS CON ANTECEDENTES DE TOXOPLAS MOSIS CANIS CON DAÑO PARCIAL EN OJO DERECHO (PERDIDADE PARTE DE LA VISION)- ANTECEDENTES QUIRURGICOS DE TRABECULECTOMIA HACE 2 AÑOS- PACIENTE QUE ACUDE A CONS ULTAPOR INFERTILIDAD PRIMARIA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN. REFIERE HABER RECIBIDO MÚLTIPLES TRATAMIENTOS MÉDICOS SINÉXITO- MANTENIENDO CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES EN OCASIONES- CON PERÍODOS DE OLIGOMENORREA. MANIFIESTA ADEMÁS ANSIEDAD Y FRUSTRACIÓN DERIVADAS DE LA SITUACIÓN- LO QUE HA AFECTADO S U CALIDAD DE VIDA Y S U RELACIÓN DE PAREJA. NIEGA DOLOR PÉLVICO CRÓNICO NI SÍNTOMAS URINARIOS O DIGESTIVOS ASOCIADOS. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL- CONSCIENTE Y ORIENTADA. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. ABDOMEN BLANDO-DEPRESIBLE- NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. GENITALES EXTERNOS SIN ALTERACIONES APARENTES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: EL ESTUDIO ECOGRÁFICO REVELA: UTERO EN ANTEVERSO FLEXIÓN DE FORMA CONSERVADA- DE CONTO RNO REGULAR Y LISO- TAMAÑO NORMAL- ECOGENICIDAD Y ECOESTRUCTURA MIOMETRIAL CONSERVADA Y HOMOGÉNEA. DIMENSIONES UTERINAS: 39-8X 24-5 X 41 MM. EN S US EJES LONGITUDINAL- ANTEROPOSTERIOR Y TRANSVERSO- VOL.-20 CC. LÍNEA ENDOMETRIAL CENTRAL-SIMÉTRICA- REGULAR- NO ENGROSADA. ESPESOR GLOBAL 1-3 MM. OVARIO DERECHO DE FORMA CONSERVADA- DE TAMAÑO NORMAL-DE CONTO RNO REGULAR Y ECOESTRUCTURA CONSERVADA. DIMENSIONES DEL OVARIO DERECHO: 36-2 X 31-2 X 14-6 MM. EN S USEJES LONGITUDINAL- ANTEROPOSTERIOR Y TRANSVERSO- VOL.= 8 CC. OVARIO IZQUIERDO DE FORMA CONSERVADA- DE TAMAÑO NORMAL- DE CONTO RNO REGULAR Y DE ASPECTO POLIQUÍSTICO. DIMENSIONES DEL OVARIO IZQUIERDO: 27-7 X 16-5 X 24-3 MM. ENS US EJES LONGITUDINAL- ANTEROPOSTERIOR Y TRANSVERSO- VOL.= 5 CC. FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: POLIQUISTOSIS OVÁRICA.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Infertilidad Femenina No Especificada	N979	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-25	10:28	Dario	Condoy	Muñoz
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1315005585				

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	