



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	Santa Rita	CS	1307767960						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Cedeño	Ponce	Tania	Martina	M	11-02-1975	50	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO						
099-066-1833			X							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.							
			2. Falta de espacio físico.							
			3. Falta de equipamiento.							
			4. Equipos en mal estado.							
			5. Problemas de infraestructura.							
			6. Problemas de abastecimiento.							
			7. Insuficiencia de profesionales.							
			8. Inadecuada capacidad resolutive							
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA								
13	1303	130301								

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 50 AÑOS- OCUPACIÓN DOCENTE- APP DM2 (METFORMINA 850MG VO QD)- CA TIROIDEO // HIPOTIROIDIS MOPOSQUIRÚRGICO (LEVOTIROXINA 150 MCG VO QD)- HTA (LOSARTÁN 100 MG VO QD)- QUISTE FOLICULAR DE OVARIO- GASTRITIS. AQX:ARTROSCOPIA EN RODILLA- TIROIDECTOMÍA- CESÁREA MÁS LIGADURA. ALERGIAS: NO REFIERE. AGO G2 P1 C1- PACIENTE REFIERECUADRO CLÍNICO DE 7 DÍAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO SECRECIÓN VAGINAL SIN OLOR- DE CONSISTENCIA GRUMOSA PARECIDAA REQUESÓN- SE ACOMPAÑA DE PRURITO Y DIS URIA- EL CUADRO CLÍNICO ES COMPATIBLE CON CANDIDIASIS POR LO CUAL SE INDICATRATAMIENTO. ADEMÁS- REFIERE PRESENTAR EPISODIOS DE INQUIETUD- PREOCUPACIÓN EXCESIVA Y DIFICULTAD PARA CONTROLARS US PENSAMIENTOS. REFIERE PALPITACIONES- S UDORACIÓN- TEMBLOR Y SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORÁCICA DE FORMAINTERMITENTE DURANTE LAS ÚLTIMAS SEMANAS. ADICIONALMENTE- PRESENTA IRRITABILIDAD- DIFICULTAD PARA CONCILIAR ELS UEÑO Y TENSIÓN MUSCULAR. COMO FACTOR DESENCADENANTE ECONOMÍA- SITUACIÓN FAMILIAR Y ENFERMEDADES DE BASE-MENCIONA QUE LOS SÍNTOMAS AFECTAN S U RENDIMIENTO LABORAL Y SOCIAL. NIEGA S USTANCIAS ESTIMULANTES COMO CAFEÍNA ODROGAS ILÍCITAS. COMO ANTECEDENTE PSICOLÓGICO- YA TUVO SEGUIMIENTO EN EL AÑO 2022- SIN EMBARGO LO DESCONTINUÓ.ESCALA GAD-7 DE ANSIEDAD 12 PUNTOS (ANSIEDAD MODERADA)- SE INICIA REFERENCIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ÚTERO EN ANTEVERSIÓN DE DIMENSIONES NORMALES- ECOGENICIDAD HETEROGÉNEA- ENDOMETRIOHIPERECÓGENICO GRUESO MIDE 14.4 MM- CERVIX CON PRESENCIA MÍNIMA DE LÍQUIDO EN S U INTERIOR CONSIDERAR HIDROMETRA-PRESENCIA MÍNIMA DE LÍQUIDO EN EL SACO DE DOUGLAS- OVARIO DERECHO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD ADECUADA- SE OBSERVA IQUISTE FOLICULAR DE 19X14 MM- OVARIO IZQUIERDO TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL PARA GRUPO ETARIO

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Quiste Folicular Del Ovario	N830		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-24	02:13	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1709823288				

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		