



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	1317337101																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Espinoza		Rivas		Emily		Nayelhi		M	27-01-2006	19	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X				
H	D	M	A																				
			X																				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO																	
0991375432				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
				2. Falta de espacio físico.																			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.																			
13	1315	131550		4. Equipos en mal estado.																			
				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 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL CLÍNICO. NO REFIERE ANTECEDENTES DE ALERGIAS NI ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS RELEVANTES. MENARQUIA A LOS 13 AÑOS. FUMADORA CON FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN EL 19/11/2025. NO UTILIZA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. NO HA INICIADO RELACIONES SEXUALES. SE PRESENTA ACOMPAÑADA DE SU ABUELA. LA PACIENTE REFIERE EPISODIOS DE SANGRADO TRANSVAGINAL PROLONGADO- QUE DURA HASTA 22 DÍAS- RELACIONADO CON SU MENSTRUACIÓN. ADEMÁS- MENCIONA LA PRESENCIA DE VÉRTIGO QUE SE ACOMPAÑA DE NÁUSEAS QUE LLEGAN HASTA EL VÓMITO- Y EN OCASIONES EXPERIMENTA SINCOPEs. SE LE REALIZARON ESTUDIOS DE LABORATORIO EL 15/11/2025- CUYOS RESULTADOS FUERON LOS SIGUIENTES: HEMOGLOBINA (HB): 7.2 G/DL HEMATOCRITO: 23.7% GLÓBULOS ROJOS (GR): 3-570-000/?L PLAQUETAS: 600-000/?L

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ÚTERO EN ANTEVERSIÓN- DE FORMA Y TAMAÑO NORMALES. EL CONTO RNO ES REGULAR Y EL PARÉNQUIMA UTERINO PRESENTA UNA ECOGENICIDAD HOMOGÉNEA. LAS MEDIDAS SON: LONGITUDINAL: 7.44 CMTRANSVERSAL: 4.87 CMANTEROPOSTERIOR: 4.25 CMVOLUMEN: 80.53 MLDIÁMETRO: 16.55 CMEL ENDOMETRIO PRESENTA UNA ECOGENICIDAD NORMAL- CON GROSOR AUMENTADO DE 0.93 CM.CÉRVIX CERRADO.OVARIO DERECHO CON ECOGENICIDAD NORMAL- MIDE 4.18 X 3.15 X 2.11 CM- CON VOLUMEN AUMENTADO DE 14.52 ML Y DE ASPECTO QUÍSTICO.OVARIO IZQUIERDO CON ECOGENICIDAD NORMAL- MIDE 3.83 X 2.56 X 2.46 CM- CON VOLUMEN AUMENTADO DE 12.66 ML Y DE ASPECTO QUÍSTICO.FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE. NO SE OBSERVAN HALLAZGOS PATOLÓGICOS ADICIONALES.DIAGN ÓSTICO PROVISIONAL: HIPERPLASIA ENDOMETRIAL Y OVARIOS DE ASPECTO QUÍSTICO BILATERAL.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Hiperplasia De Glandula Del Endometrio		N850		X	4.			
2.	Otros Quistes Ovaricos Y Los No Especificados		N832		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-26	02:38	Yandry		Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1310671951					

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		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	