



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                             | 1317013272                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                  | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Cool                                  | Ureta            | Viviana                        | Isabel                           | M                                  | 03-10-1995                                              | 30   | H                       | D | M | A |  |
|                                       |                  |                                |                                  |                                    |                                                         |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                     |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 0979411387                            |                  | 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 |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                      | 4. Equipos en mal estado.        |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                    | 1315             | 131550                         | 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

USUARIO CON APP DE HIPOTIROIDISMO CON TTO CON LEVOTIROXINA 50MCG UNA TABLETA AL DIA- EL CUAL SUSPENDIÓ POR EPIGASTRALGIA HACE 5 MESES- NOSREFIERE ADEMAS PERDIDA ABUNDANTE DE CABELLO- CEFALEA A REPETICIÓN- A AUMENTADO DE PESO- TRASTORNOS EN LA MENSTRUACION.SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECO TRANSVAGINAL: OVARIO DERECHO: PRESENCIA DE MÚLTIPLES IMÁGENES ANECOICAS BIEN DELIMITADAS COMPATIBLES DE QUISTES SIMPLES COMPATIBLES DEQUISTES EN NUMERO DE 8- TENIENDO COMO MAYOR DIÁMETRO 2X2 CM.OVARIO IZQUIERDO: PRESENCIA DE MÚLTIPLES IMÁGENES ANECOICAS BIEN DELIMITADAS COMPATIBLES DE QUISTES SIMPLES COMPATIBLES DE QUISTES EN NUMERO DE 8- TENIENDO COMO MAYOR DIÁMETRO 2-5 MM. ID: ANEXOS CON MÚLTIPLES FORMACIONES QUISTICAS.

| E. DIAGNÓSTICO | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Síndrome De Ovario Poliquístico    | E282 | X   |     | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2026-01-09                            | 11:01        | 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 | 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<br>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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |