

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	1313911727													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Zambrano		Carranza		Teresa		Ramona		M	13-11-1988	37	<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													
0962758952				☒		☐													
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		X											
				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
				5. Problemas de infraestructura.															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																	
13	1315	131550																	

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 QUE ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO- APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 48%- SECUNDARIO A RETRASO MENTAL MODERADO- REFIERE DOLORBAJO VIENTRE- ACOMPAÑADO DE ALTERACIONES EN LA MENSTRUACION DESDE HACE +/- 4 AÑOS- POLIMENORREA- HASTA 4-6 TOALLAS AL DIA- ACOMPAÑADO DECOLICOS MENSTRUALES- SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
ECOGRAFIA 09/01/2026. OVARIO DER: DE ECOGENIDAD NORMAL- MIDE 7.92 X 6.49 X 4.6 CM DE TAMAÑO AUMENTADO- VOLUMEN 123.64ML- SE OBSERVA IMAGEN ANECOICADE BORDES REGULARES- QUE NO VASCULARIZA AL DOPPLER COLOR EN RELACIÓN A CISTOADENOMA SIMPLE- MIDE 5.73 X 5.123 X 4.68 CM CON VOLUMEN DE 71.84 ML.OVARIO IZQ DE ECOGENIDAD NORMAL- MIDE 4.27 X 2.64 X 3.22 CM DE TAMAÑO AUMENTADO- VOLUMEN 19.02ML- EN ZONA CORTICAL MULTIPLES IMAGENES ANECOICAS DEBORDES REGULARES- QUE NO VASCULARIZAN AL DOPPLER COLOR EN RELACIÓN A QUISTES SIMPLE EN CANTIDAD MAYOR A 10 Y MENOR A 1 1CM.	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	Tumor Benigno Del Ovario		D27X		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
2026-01-28	10:03	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 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	