



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	Hospital Basico De Flavio Alfaro - San Andres	HB	1314511369						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Zambrano	Acosta	Silvia	Patricia	M	18-05-2003	22	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN						
0993387967		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	1305	130550	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
ACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD ECUATORIANA - ORIENTADA EN TIEMPO Y ES PACIO QUE ACUEDE A ES TA CAS A DE S ALUD PORPRES ENTA S ANGRADOS IRREGULARES Y FRECUENTES ACOMPAÑADO DE DIS MENORREA NAUCEAS VOMITO CON 6 MES ES DEEVOLUCION MANIFIES TA QUE S E ENCUENTRA CON TRATAMIENTO CON METODOS ANTICONS EPTIVOS Y NO HAY MEJORIA - MENARQUIA13 AÑOS - ALERGIAS MANI - APP S INDROME DE OVARIOS POLIQUIS TICOS - APF NO REFIERE - FUM 17-02-2026 - G0 A0 P0 C0 - ALMOMENTO DE LA CONS ULTA REFIERE DOLOR DEL BAJO VIENTRE .

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: MOTIVO DEL ES TUDIO: EVALUAC IÓN DE OVARIOS POLIQUISTIC OS / IRREGULARIDADES MENSTRUALES / INFERTILIDAD- ETC . ÚTERO: *POS ICIÓN: ANTEROVERS IÓN. DIMENSIONES DE ÚTERO APROXIMADAS: LONGITUDINAL: 4.59 C M. ANTEROPOSTERIOR: 2.97 C M TRANSVERSAL: 3.91C M. * CONTORNOS : REGULARES. BÁS ICO MIOMETRIO: HOMOGÉNEO- SIN EVIDENC IA DE MASAS OC UPATIVAS. CUELLO UTERINO: DE C ONTOMOSDEFINIDOS DE PARÉNQUIMA HOMOGÉNEO SIN ALTERAC IONES SONOGRAFIC AS DE SU ESTRU C ERVIC AL. ENDOMETRIO- EC OGÉNIC O C ONTINUO-PIRIFORME- C ENTRAL DE C ONTORNOS DEFINIDO- DE 4.6 MM DE GROSOR- DE PATRón EC OGRÁFIC O HOMOGÉNEO SIN PRESENC IA DE EC OS EN SUINTERIOR- INTERFASE DE 0-15 1: * OVARIO DERECHO TAMAÑO: (L X A X AP) - 3.99 C M X 2.32 C M X 3.23 C M. VOLUMEN DE 15.60 ML.VOLUMEN AUMENTADO. (VOLUMEN REF. NORMAL HASTA 10 ML) FOLÍC ULOS: EN NUMERO DE 12-14 MENORES A 10 MM DE DIÁMETRO.DISTRIBUC IÓN FOLIC ULAR: PERIFÉRIC A. ESTROMA: HIPEREC OGÉNIC O. AORE OVARIO IZQUIERDO TAMAÑO: (L X A X AP) - 3.58 C M X 2.31 C M X 2.86C M. VOLUMEN DE 12.37 ML. VOLUMEN AUMENTADO (VOLUMEN REF. NORMAL HASTA 10 ML FOLÍC ULOS: EN NUMERO DE 12-14 MENORES A 10MM DE DIÁMETRO. DISTRIBUC IÓN FOLIC ULAR: PERIFÉRIC A ESTROMA: HIPEREC OGÉNIC O. FONDO DE SAC O DE DOUGLAS LIBRE. CONS IDERAR. -OVARIOS DE ASPEC TO POLIQUÍSTIC OS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Sindrome De Ovario Poliquistico	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
2026-02-25	03:15			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		

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	