



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	Ricaurte		CS-A	1315513810														
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)									
Mendoza		Chavez		Alisson		Carolina		M	23-12-1994	31	<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												
0981191386				1. Accesibilidad geográfica.		☐		6. Problemas de abastecimiento.												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.		☐		7. Insuficiencia de profesionales.												
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		☒										
13		1303		130356		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐										
						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 31 AÑOS SIN APP- NO ALERGIA- DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR REFERIR DOLOR ABDOMINAL INTENSO- QUE CEDE CON ANALGESIA PERO QUE SIN EMBARGO APARECE A LAS POCAS HORAS (4 HORAS) REFIERE TAMBIEN DISPAEUNIA CON ESCASA LUBRICACION DE VARIOS MESES DE EVILUCION. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE ALGICA- SIN SIGNOS DE INFECCION- SE DESCARTA CISTITIS- CICLO MENSTRUAL IRREGULAR. TRAE ECOGRAFIA QUE REPORTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ULTRAS ONIDO: REPORTA A NIVEL DE TCS EN EXTREMO DERECHO DE CICATRIZ QUIRURGICAS E OBS ERVA IMAGEN DE BORDESIMPRECIS OS CONTENIDO HIPOECOICO AVAS CULAR AL EFECTO DOPPLOR COLOR- MIDE 10 X 6 X 12 MM. EN PROBABLE RELACION AENDOMETRIOMA DE PARED ABDOMINAL- NO COLECCIONES NI TRAYECTOS FIS TULOS OS . PLANOS MUS CULARES CONS ERVAN S UPATRON FIBRILAR- NO PRES ENCIA DE LIQUIDO INTERS TICIAL.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Endometriosis No Especificada		N809		X	4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-30	11:36	Kimberly	Guerrero	Salto
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1313050203				

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	