



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	Nause	CS-A	1313561142						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Cedeño	Cedeño	Juana	Liliana	M	24-07-1997	28	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐								
0988656991		MOTIVO								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐								
		2. Falta de espacio físico. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive ☒							
13	1303	130302	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 28 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE IMPORTANCIA NI ALERGIAS CONOCIDAS. ACUDE POR REFERIR PLANIFICACION FAMILIAR DURANTE 12 MESES SIN ÉXITO. AGO: G1 C1 (HACE 3 AÑOS). REFIERE PAREJA ACTUAL HA TENIDO HIJOS EN COMPROMISOS ANTERIORES. CICLOS MENS TRUALES: REGULARES - DURACION DE 5 DIAS APROX. CON DISMENORREA MODERADA. COAGULOS: SIN. REALIZO REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL: GINECOLOGIA PARA EVALUACION INTEGRAL Y SEGUIMIENTO. NO CONTAMOS CON AGENDAMIENTO DE EXAMENES PARA EVALUACION HORMONAL (TS H- LH- PROLACTINA-TS H- ESTRADIOL) Y PACIENTE REFIERE NO PODER REALIZAR POR MOTIVOS ECONÓMICOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFÍA BÁSICA GINECOLÓGICA AGOSTO/2025 ÚTERO: POSICIÓN: RETROVERSIÓN. DIMENSIONES DE ÚTERO APROXIMADAS: LONGITUDINAL: 5.87 CM ANTEROPOSTERIOR: 3.74 CM TRANSVERSAL: 5.38 CM CONTORNOS: REGULARES. MIOMETRIO: HOMOGÉNEO SIN EVIDENCIA DE MASAS OCUPATIVAS. CUELLO UTERINO: DE CONTORNOS DEFINIDOS - DE PARÉNQUIMA HOMOGÉNEO SIN ALTERACIONES SONOGRÁFICAS DE SU ESTRUCTURA CERVICAL. ENDOMETRIO: ECOGÉNICO CONTINUO-PIRIFORME CENTRAL DE CONTORNOS DEFINIDO - DE 4.3 MM DE GROSOR - DE PATRÓN ECOGRÁFICO HOMOGÉNEO SIN PRESENCIA DE ECOS EN SU INTERIOR - INTERFASE DE ENDOMETRIO MIOMETRIAL CONSERVADA SIN INTERRUPCIONES. OVARIODERECHO: TAMAÑO (L X AP): 2.77 CM X 1.96 CM X 2.23 CM. VOLUMEN: 6.34 ML (VOLUMEN REFERENCIAL NORMAL HASTA 10 ML). FOLÍCULOS: EN NÚMERO DE 8-10 MENORES A 10 MM DE DIÁMETRO. DISTRIBUCIÓN FOLICULAR: MIXTA. ESTROMA: NORMAL. OVARIO IZQUIERDO: TAMAÑO (L X AP): 2.59 CM X 2.42 CM X 2.45 CM. VOLUMEN: 8.03 ML (VOLUMEN REFERENCIAL NORMAL HASTA 10 ML). FOLÍCULOS: EN NÚMERO DE 8-10 MENORES A 10 MM DE DIÁMETRO. DISTRIBUCIÓN FOLICULAR: MIXTA. ESTROMA: NORMAL. FONDO DE SACO DE DOUGLAS LIBRE. CONCLUSIÓN: ÚTERO EN RETROVERSIÓN. OVARIOS CON VOLUMEN REFERENCIAL NORMAL - CON PRESENCIA DE IMÁGENES FOLICULARES.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Infertilidad Femenina De Otro Origen	N978		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-20	07:48	Jahaira	Ponce	Lopez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1351700222				

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	