



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	Santa Rita	CS-A	1313868299							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Andrade	Alcivar	Kareen	Elizabeth	M	27-07-2001	24	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
099-426-5836		X									
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	130350	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 24 AÑOS DE EDAD- CON ANTECEDENTE DE OOFORECTOMIA UNILATERAL POR TERATOMA HACEAPROXIMADAMENTE 3 AÑOS - ADEMÁS DE ANTECEDENTE DE QUISTES OVÁRICOS DE REPETICIÓN. ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR TORNOS DEL CICLO MENS TRUO CARACTERIZADOS POR IRREGULARIDAD MENS TRUAL ASOCIADA A DISMENORREA INTENS A DELARGA DATA- CON EXACERBACIÓN EN LOS ÚLTIMOS MESES - LO CUAL INTERFIERE CON SUS ACTIVIDADES DIARIAS . REFIERE ADEMÁS ANTECEDENTE DE HIPERPROLACTINEMIA DOCUMENTADA EN EXÁMENES DE LABORATORIO RECIENTES - POR LO CUAL HA LLEVADO TRATAMIENTO CON CABERGOLINA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN- PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE- SIN SIGNOS DE ALARMA- SIN DOLOR ABDOMINAL AGUDO NI SANGRADO ACTIVO. SIN EMBARGO- PERSISTE SINTOMATOLOGÍA GINECOLÓGICA CARACTERIZADA POR CICLOS MENS TRUALES IRREGULARES Y DOLOROSOS . DADO EL ANTECEDENTE GINECOLÓGICO ES ESTRUCTURAL (TERATOMA Y QUISTES OVÁRICOS)- ASÍ COMO ALTERACIÓN ENDOCRINA (HIPERPROLACTINEMIA) Y SINTOMATOLOGÍA PERSISTENTE- SE CONSIDERA NECESARIO VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR GINECOLOGÍA PARA ESTUDIO COMPLEMENTARIO- AJUSTE TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Otros Quistes Ovaricos Y Los No Especificados		N832		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-07	02:40	Leonardo	Mendoza	Velasquez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1709823288				

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	