

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	1314556398						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Cobeña	Cobeña	Ana	Maria	M	04-05-2002	23	H	D	M	A
										X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO						
0980383233 - 0939215695		☒		1. Accesibilidad geográfica. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive ☒ 4. Equipos en mal estado. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										
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

USUARIA CON APP DE OBESIDAD- REFIERE DOLOR EN MESOGASTRIO E HIPOGASTRIO- DE +/- 3 MESES DE EVOLUCIÓN QUE SE IRRADIA A FLANCO IZQUIERDO-ACOMPAÑADO DE AMENORREA Y DESPUES DE HIPERMENORREA DE USO HASTA 3-4 TOALLAS DIARIAS- NIEGA OTROS SINTOMAS.SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACION ESPECIALIZADA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

OVARIO DERECHO: ECOGENICIDAD NORMAL- MIDE 5.54 X 3.59 X 3.92 CM DE TAMAÑO AUMENTADO- VOLUMEN 40.80 ML- SE OBSERVA IMAGEN ANECOICA DE BORDESREGULARES QUE NO VASCULARIZA AL DOPPLER COLOR EN RELACIÓN A QUISTE SIMPLE QUE MIDE 3.86 X 3.47 X 3.41 CM CON UN VOLUMEN DE 23.92 ML. OVARIOIZQUIERDO: SE OBSERVA IMAGENM HIPOECOGENICA REDONDEADA DE BORDES REGULARES QUE NO MUESTRA VASCULARIZACION AL DOPPLER QUE MIDE 5.01 X 3.59

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Tumor Benigno Del Ovario		D27X		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-21	08:14	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	