



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	Eloy Alfaro	CS-A	1350565592							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Macias	Basurto	Britany	Maria	M	15-08-2012	13	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0986481474		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	130355	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 13 AÑOS DE EDAD CON APP RELEVANTES DE DISCAPACIDAD VIS UAL 80%- DEFORMIDAD DE AMBOS PIES ENMECEDORA DIAGNOSTICADO A LOS 4 AÑOS APROXIMADAMENTE- AL INTERROGATORIO MADRE DE US UARIA REFIERE QUE FUE OPERADEL PIE DERECHO EL 10 DE SEPTIEMBRE- ESTUVO EN TRATAMIENTO CON TRAUMATOLOGÍA CONSERVADOR EN ESE ENTONCES CONYESO EN AMBOS PIES. ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD EN COMPAÑÍA DE S U MADRE PARA REVISION DE ECOGRAFIA + CONTROLMEDICO GENERAL SIN EMBARGO MADRE REFIERE DE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR RINITIS ALERGICA NO CONGESTIVA+ TOS LEVE IMPRODUCTIVA- NIEGA NAUSEAS- NIEGA VOMITOS- CEFALEA DE LEVE INTENSIDAD. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE SINSGNOS DE ALARMA. NOTA: REVISION DE ECOGRAFIA 16/09/2025: UTERO CENTRAL Y EN AV + ENDOMETRIO SIN ALTERACIONES- FASETRILAMINAR + OVARIO POLIQUISTICO UNILATERAL DERECHO. SE RECOMIENDA VALORACION POR ESPECIALIDAD (GINECOLOGIA).

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ECOGRAFIA PELVICA: UTERO CENTRAL Y EN AV + ENDOMETRIO SIN ALTERACIONES FASE TRILAMINAR + OVIARIOPOLIQUISTICO UNILATERAL DERECHO (TAÑAMO CONSERVADO MIDE 3.07 CM CON UN VOLUMEN DE 9.52 CC- IMAGENES QUISTICAS ENS U INTERIOR LA DE MAYOR MEDIDAS MIDE 8.9 MM X 5.2 MM X 8.2 MM Y UN VOLUMEN DE 0.20 CC- RESTO DE PARENQUIMA ADECUADO).

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
2025-10-02	04:24	Milton	Barreto	Chica
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1312587668				

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	