

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCION DEL SISTEMA		UNICODIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		HCU		N° ARCHIVO	
RED PÚBLICA		UNICÓDIGO 21104		CENTRO DE SALUD CHONE		0959279001		38258	
NOMBRE		APELLIDO		SEXO		FECHA NACIEMINTO		EDAD	
NERALY RUTH		MARIDUEÑA TERAN		F		2011-04-17		15	
								CONDICION DE EDAD (MARCAR)	
								H D M A	
								X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X DERIVACIÓN			
				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 X			
				5. Problemas de infraestructura.					
0991092761									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL									
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA									
MANABÍ CHONE 130350									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

Institución del Sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad	
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Ambulatorio		GINECO-OBSTETRICIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 15 AOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPISODIOS FRECUENTES DE DOLOR EN HIPOGASTRIO DE MODERASDA A GRAN INTENSIDAD REFIERE ADEMAS MENSTRUACION ABUNDANTE CON CICLO IRREGULAR E INFECCIN DE VIAS URINARIAS Y VAGINOSIS A REPETICIN POR LO QUE REQUIERE VALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

REQUIERE VALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1	Síndrome de ovario poliquístico	E282		4				
2				5				
3				6				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA		2026-06-22		HORA		10:42:23		NOMBRE DEL PROFESIONAL		CARMEN ALEXANDRA BRAVO MENDOZA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		1310684772		FIRMA				SELLO MEDICO		1: 01 Folio: 13-114	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI X 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 CLINICA UNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

Institución del Sistema		Establecimiento de Salud		Distrito		Fecha	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO**D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS****E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS****F. DIAGNOSTICO**

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		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL		SELLO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA					