

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO								
MSP		1277	CENTRO DE SALUD EL RECIBO	A	1308646015									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
ZAMBRANO		BRAVO		MARIA		LOURDE		M	09-07-1976	49	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0992 / 41359		IESS		X				6. Problemas de abastecimiento.						
								7. Insuficiencia de profesionales.						
								8. Inadecuada capacidad resolutive						
								X						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOBSTERICIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTO MEDIO DE 49 AÑOS, MENARQUIA 11 AÑOS, IRS 19 AÑOS, CICLOS REGULARES DE MESTRUACION, LUEGO DE LO CUAL OCURRE PRESENCIA DE MIOMA QUE CAUSA METRORRAGIA, RAZON POR LO CUAL LE REALIZAN HISTERCTOMIA HACE 4 AÑOS ATRAS.MAS OOFERECTOMIA, SUS REPORTES DE PAPANICOLAO SON NORMALES SEGUN SU VERSION. INICIA CUADRO CLINICO HACE 1 MES ATRAS CON DOLOR PÉLVICO DE INICIO PAULATINO, EVA 5, ASOCIADO A PUJO DURANTE LA MICCION DOLOR PARA LA DEFECAACION. EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, DOLOROSO A LA PALPACION EN MARCO COLONICO E HIPOGASTRIO.

FOSAS ILIACAS. PACIENTE PRESENTA ECOGRAFIA ABDOMINAL QUE MANIFIESTA PRESENCIA DE MASA PARAOVARICA, BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ECOGRAFIA 22 DE JULIO: MASA PARAOVARICA IZQUIERDA MIDE 7.5X8.2X8 ML Y 272 ML DE VOLUMEN. RESIDUO POSMICCION 200 ML

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1. QUISTE PARAOVARICO IZQUIERDO	N838		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
07/08/2025	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1308639879				

G. EVALUACION 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	TIPOLOGÍA	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO DEF- DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	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	