

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		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1308689007								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MACIAS		CEDEÑO		DOLORES		MONCERRRATE		F	04/11/1979	46	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		X		DERIVACIÓN						
0988640265-0979691465		NO												
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☐ ☐ ☐ ☐ ☐		☐ ☐ ☐ ☐				
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 DR. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO PACIENTE DE 45 AÑOS DE EDAD CON APP: ARTROSIS HACE 3 AÑOS, GASTRITIS CRONICA HACE 5 AÑOS EN TTO. AGO: G5 A2 C3. ACUDE PARA QUE LE AYUDEN CON UNA REFERENCIA PARA GINECOOBSTETRICIA POR ANTECEDENTES DE POLIQUISTOSIS OVARICA EN TRATAMEINTO Y POSIBILIDAD DE INTERVENCUIÓN, Y MIOMATOSIS UTERINA CIRUGIA REALIZADA EN SEPTIEMBRE DEL AÑO EN CURSO. SE FACILITA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.
--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESENTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1	ENFERMEDAD NO INFLAMATORIA DEL OVARIO, DE LA TROMPA DE FALOPIO Y DEL LIGAMENTO ANCHO, NO ESPECIFICADA			N839		X	4.			
2							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/12/08	09.20	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA/DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI		NO	
CONTRA REFERENCIA					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