

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE				ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO		
MSP		1268	CS Agua Fria		A		1309511085				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)	
Velez		Mega	Cery		Marta		M	26-10-2045		H ☐ D ☐ M ☐ A ☐	
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO				
0988959859			☒		☐		6. Problemas de abastecimiento 7. Insuficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
PROVINCIA	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	CANTÓN	PARROQUIA								
Manabí	chone		Bajada								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP			Hosp. Hapdeon Danta		C. Externa		Ginecología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 45 años de edad con Appde. Quistes ováricos de 30 años de evolución, acude por presentar dolor punzante en fosa ilíaca derecha, ad-
 mas pde refirir dolor en miembros inferiores, poliquista, dismen, gases intestinales
 brentadares abundantes, de duración, 4 - a - 5 días.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ultrasonido abdominal y pélvico: signos de osteodosis hepática. útero: masa
 uterina de etiología a determinar. peso 94 - talla 158: 24:122/75 sat 98%

E. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	Quistes ováricos			N832	X				
2.	Leiomionia de útero			D259	X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		Mendoza		Campos	
08-08-25	15:00	Pera		Dra. Luz Mendoza Campos		Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				REG. SENESCYT: 1028-2022-2477525			
1304278326							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN				DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		NO	
REFERENCIA JUSTIFICADA				☐		☐		☐	
CONTRAREFERENCIA				☐		REFERENCIA INVERSA		☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA				FECHA (aaaa-mm-dd)	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO		PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.									
2.									
3.									

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SELLO				