

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		1410	HAGA		B	1309865572		1309865572					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
SOLORZANO		ROMERO		ODILIA		MARICELA	F	24/10/1981	34	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0982660461				X									
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO					
MANABI				BOLIVAR		CALCETA		☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de abastecimiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutoria. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA													
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD							
MSP				CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA							
CUADRO CLINICO													
Paciente femenina de 44 años de edad, con antecedente ginecobstétrico de tres embarazos y tres cesáreas. Con antecedentes quirúrgicos de cistectomía ovárica previa e histerectomía abdominal. Antecedentes personales patológicos de obesidad e hipertensión arterial sistémica, actualmente en tratamiento médico													
Acude por cuadro clínico de aproximadamente un año de evolución caracterizado por dolor pélvico crónico, de intensidad variable, intermitente, Con periodos de exacerbación.													
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													
Eco pelvico reporta formacion quistica compleja de anexo izquierdo que mide 15x14x9 con volumen ovarico de 1043 ml													
E. DIAGNOSTICO													
PRE-PRESUNTIVO		DEF-DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF		
1. Quiste de ovario no especificado				N832		X	4.						
2.							5.						
3.							6.						
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE													
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
26/02/2026		13:00		MAURICIO		VELÁSQUEZ		VEGA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO					
1312163874													
G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION													
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 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 CLINICO													
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS													
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS 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 (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO					