

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1268	ESTABLECIMIENTO DE SALUD C.S. AGUA FRIA	TIPOLOGIA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1310900848	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Palacios	SEGUNDO APELLIDO Beano	PRIMER NOMBRE Beatriz	SEGUNDO NOMBRE Ysabel	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 43
Nº TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0985246492		REFERENCIA ☒		DERIVACIÓN ☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL PROVINCIA Manabí CANTÓN Juni PARROQUIA Juni		MOTIVO 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 resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hosp. Napdeon Danta	SERVICIO Cons. Externa	ESPECIALIDAD Neurología
---------------------------------------	--	----------------------------------	-----------------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 43 años de edad con App de epilepsia (crisis) según refiere paciente en número de 45 en el lapso de 6 meses de evolución acompañado de insomnio, cefalea, mareos.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Crisis epilépticas, insomnio, mareos, cefalea.
Peso: 68.3 Talla 142 PA 114/62 Saturación 98%

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-PRINCIPAL	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. Epilepsia no especificada			6409	X				
2. Insomnio			6420	X				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 26-08-2025	HORA (hh:mm) 14:00	PRIMER NOMBRE Luz	PRIMER APELLIDO Mendoza	SEGUNDO APELLIDO Carpes
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1304278326		FIRMA <i>Luz Mendoza</i>		

Dra. Luz Mendoza Carpes
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
R.C. 5815671-1020-2022-247525

G. EVALUACIÓN 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	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-PRINCIPAL	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1.								
2.								
3.								

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		SILLO

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ASISTENTES	
MSP		PEB	CS Agua Jata		A	1312119017			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO
Linas		Velez		María		Eugenio	12	12-08-1993	F
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA		DERIVACIÓN		
0980298469 - 0993293043									
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO			
Manabí		Jipijana		Jipijana		☐ 1. Accidentes de tránsito ☐ 2. Faltas de equipamiento ☐ 3. Faltas de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO
MSP	1000	HOSP. VAPORCER DAVIA	consulta - Est.
		Especialidad	
		Ginecología	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente femenina, de 43 años de edad, con opp de ovarios poliquísticos nuda por presentar dolor persistente y moderado en faja ilíaca derecha de 1 mes de evolución aproximadamente, acompañado de menstruaciones abundantes, color y coágulos.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
Ultrasonido: fibromatosis uterina, mome intra matri.	

E. DIAGNÓSTICO	
1. Quiste funcional no preovulatorio	NESB
2. Miomatosis uterina	NESB

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA	HORA
19-08-25	15:00
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	
1304278326	
FIRMAS: <i>[Firma]</i> <i>[Firma]</i> <i>[Firma]</i>	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN	
REFERENCIA JUSTIFICADA	DERIVACIÓN JUSTIFICADA
☐	☐
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 ASISTENTES

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	

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

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE	
FECHA	HORA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	

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	1268	CS ACUÑA FERIA	A	1316336971						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Dueñas	Sobórzano	Nallely	Cyranza H	M	02-11-01	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO					
0981251326-0968292097					☐ 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.					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL	CANTÓN	PARROQUIA								
Mandí	Jurín	Jurín								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hosp. Napoleón Borda C. Consulta - Externa		Gastroenterología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
Paciente femenina de 23 años de edad con app. de pólipos intestinales desde los 2 años de edad, paciente refiere estreñimiento de hasta 5 días de evolución, acompañarlo de dolor abdominal, y melena esporádicas.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Melenas, dolor abdominal, y constipación, hemorragias.

E. DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. Pólipos de Colon			K63.5 x		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
22-08-25	12:30	Jos	Mendoza
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SEGUNDO APELLIDO	
1304278326	Jos Mendoza	Campos	

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN			
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA

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 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
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEGUNDO APELLIDO		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1268	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CS AGUA FRÍA	TIPOLOGÍA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1316336977	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Duenas	SEGUNDO APELLIDO Solórzano	PRIMER NOMBRE Nallely	SEGUNDO NOMBRE Gonzalez	SEXO M	FECHA NACIMIENTO 02-11-01
NÚM. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0981251326-0968292097		REFERENCIA		DERIVACIÓN	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Munait	CANTÓN Junín	PARRISQUA Junín	MOTIVO		
			☐ 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 resolutiva ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hosp. Napateca	SERVICIO Deriva C. Consulta - Externa	ESPECIALIDAD Ginecología
--------------------------------	--	--	-----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 23 años de edad con app. de pólipos intestinales desde los 2 años de edad, paciente refiere estreñimiento de hasta 5 días de evolución, acompañado de dolor abdominal, y melena operadica.

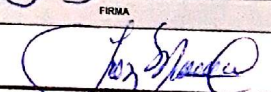
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Melena, dolor abdominal, y constipación, enterorragias.

E. DIAGNÓSTICO

1.	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.			K63.5 x		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa) 02-08-25	HORA (hh:mm) 12:30	PRIMER NOMBRE Joz	PRIMER APELLIDO Mendez	SEGUNDO APELLIDO Cabrera
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1304278326		 		

G. EVALUACIÓN 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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

1.	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
