

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	269	C5 Agua Fria	A	1312119017						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Gonzalez	Delez	Marice	Eugenia M	M	13-08-243		H	D	M	
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO				
0980298469 - 0993293043						☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura. ☐ 6. Problemas de atascamiento. ☐ 7. Insuficiencia de profesionales. ☐ 8. Insuficiente capacidad reactiva. ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.				
PROVINCIA	CANTÓN	PARRQUIA								
Manabí	Jenm	Jenm								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSP. UNPOLCON DAVILA	consulta - Ext.	Ginecología.

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

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
Ultrasonido: Fibromatosis uterina, miomomatosa mural.
Histerosalpingografía: Normal.

E. DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF
1. Quiste ovarico no especificado	N83.0	X	4.					
2. Miomatosos uterinos	D25.0	X	5.					
3.			6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
19-08-25	15:00	Luz	Sfenz
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SEGUNDO APELLIDO	
1304278326		Compes	
Dra. Luz Mendoza Campos ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. S015671.1020.2022.2411325			

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

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO	PRE-PRESUNTIVO	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 (dd-mm-aa)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELO	