

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		1413	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES		II	1313577056		1313577056						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MUÑOZ		ARTEAGA		SILVIA		MARIBEL		F	03/06/0988	38	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN								
995828134														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA				6. Problemas de abastecimiento.						
MANABI		FLAVIO ALFARO		NOVILLO				7. Insuficiencia de profesionales.						
								8. Inadecuada capacidad resolutive						
								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 Y OBSTETRICIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO													
PACIENTE FEMENINA DE 38 AÑOS DE EDAD, APP: NO REFIERE, PRESENTA CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR METRORRAGIA Y DOLOR PELVICO													

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS													
RAFIA (09/6/2026): ENDOMETRIO FASE TRILAMINAR, QUISTE UNILOCULAR OVARICO SIMPLE UNILATERAL IZQUIERDO, ORADS II, LIQUIDO EN FSD, CONSIDERA													

E. DIAGNÓSTICO																
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF							CIE	PRE	DEF	
1.	OTROS QUISTES OVARICOS Y LOS NO ESPECIFICADOS			N832		X	4.									
2.	MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR			N921		X	5.									
3.							6.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE															
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE				PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO			
2026/07/011		11:00		JESUS				PARRAGA				PARRAGA			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO							
1313390617															

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= 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							

