

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNIC ÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
M.S.P		1248	CENTRO DE SALUD CHONE		C	1313773549								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓNEDAD			
BENAVIDEZ		CORTEZ		SHIRLEY		FABIOLA		M	28/05/2001	24	H	D	M	A
No.TEL.FÓONO/(CELULAR O CONVENCIONAL)						REFERENCIA	X	DERIVACIÓN		MOTIVO				
0999610533										1. Accesibilidad geográfica.				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL										2. Falta de espacio físico.				
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA						3. Falta de equipamiento.				
MANABI		CHONE		CHONE						4. Equipos en mal estado.				
										5. Problemas de infraestructura.				
										6. Problemas de abastecimiento.				
										7. Insuficiencia de profesionales.				
										8. Inadecuada capacidad resolutive				
										9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
										X				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
M.S.P		HOSPITAL NAPOLEON DAVIDA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		GINECO-OBSTETRICIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente con inicio de tratamiento natural enviado en consulta anterior para ovarios poliquisticos diagnosticado mediante ecografia, con antecedente de un año de amenorrea, FUM: 23/08/2025, ademas no ha logrado embarazo, con IMC 32,4, al examen físico general normal, se solicitan exámenes e interconsulta con nutricion y medicina familiar para seguimiento, ademas referencia a segundo nivel por infertilidad.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	INFERTILIDAD FEMENINA NO ESPECIFICADA				N979		X	4.					
2.								5.					
3.								6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
01/09/2025	8H18	JANNINA		AMBROSSI		DE LA A	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
0913042487							

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		UNIC ÓDIGO	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

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			