

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		O04443	ROCAFUERTE	B	1315363786		1315363786						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
MENDOZA	BARBA		ANDREA		YOMIRA	F	29/03/1997	28	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN							
O986187065			MSP										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			1. Accesibilidad geográfica.										
PROVINCIA			CANTÓN		PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.						
MANABI			ROCAFUERTE		ROCAFUERTE		3. Falta de equipamiento.						
							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						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA-CHONE	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 28 AÑOS CON GESTA (2), ABO (0); CESAREA (2), PARA (0). ACUDE POR SOLICITAR SALPINGECTOMIA + AMENORREA SECUNDARIA (7 AÑOS). AL EXAMEN FISICO: CABEZA (SP), CUELLO (SP); EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES (SP). NO PRESENTA DOLOR PELVICO , ANTECEDENTES FAMILIARES (DEABETES : MAMA), SE ORIENTA EN TIEMPO Y ESPACIO. SE REFIERE PARA VALORACION GINECOLOGICA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMOGLOBINA (14.4); HEMATOCRITO (42.7); PLAQUETAS (329); GLUCOSA (96); UREA (13); CREATININA (0.70); TGO (41); TGP (95); COLESTEROL (137); TRIGLICERIDOS (76).

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ESTERILIZACION		Z302		X	4.			
2.	AMENORREA SECUNDARIA		N910		X	5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
02/07/2025	10:30	LAURA	LOMAS	CONSTANTE
		FIRMA	SELLO	
O912159316				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA	X	

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	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	