

A DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		HCU		N° ARCHIVO			
RED PÚBLICA		UNI-CÓDIGO 21104		CENTRO DE SALUD CHONE		1315671741		38193			
NOMBRE		APELLIDO		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD		CONDICIÓN DE EDAD (MARCAR)	
JOSSELYN PATRICIA		BRAVO VELIZ		F		2007-11-08		18		H D M A X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X DERIVACIÓN							
0988255577		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA CANTÓN PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutoria							
MANABI CHONE 130357		4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios X							
		5. Problemas de infraestructura.									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

Institución del Sistema		Establecimiento de Salud		Servicio		Especialidad	
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		HOSPITAL GENERAL DR NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Ambulatorio		GINECO-OBSTETRICIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 18 AOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE LARGA EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPISODIO FRECUENTE DE DOLOR EN HIPOGASTRIO DE MODERADA A GRAN INTENSIDAD ACOMPAADO DE MESNTRUACION DE CICLO IRREGULAR REFIERE ADEMAS EPISODIOS FRECUENTES DE INFECCION DE VIAS URINARIAS Y VAGINOSIS A REPETICIN POR LO QUE REQUIERE VALORACIN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

REQUIERE VALORACIN Y TRATAMIENTO INTEGRAL POR ESPECIALIDAD DE GINECO-OBSTETRICIA

E DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1	Síndrome de ovario poliquístico	E282	X		4			
2					5			
3					6			

F DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA		2026-06-21		HORA		10:41:58		NOMBRE DEL PROFESIONAL		CARMEN ALEXANDRA BRAVO MENDOZA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		1310684772		FIRMA				SELLO			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		X		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		X		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		NÚMERO DE ARCHIVO	
								UNICA			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

Institución del Sistema		Establecimiento de Salud		Distrito		Fecha	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F DIAGNOSTICO

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		HORA		NOMBRE DEL PROFESIONAL			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FIRMA		SELLO			