

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		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE - JUNIN		TIPO C	1315940781								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
CORREA		BRAVO		GEMA		MONSERRATE		F	14/07/1998	26				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCION		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN						
0961181047- 0981242502		MSP	CDLA. JAIME ROLDOS							MOTIVO				
										6. Problemas de abastecimiento.				
										7. Insuficiencia de profesionales.				
										8. Inadecuada capacidad resolutoria				
										9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
										X				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		JUNIN		JUNIN										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		ENDOCRINOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SINDROME DE DISFUNCION OVARICA DESDE HACE 1 AÑO APROXIMADAMENTE CON PRESENCIA DE QUISTE FOLICULAR EN ANEXO DERECHO, QUE LLEVO TRATAMIENTO POR UN TIEMPO Y LUEGO LA CONDICION DE SALUD MEJORO, POSTERIOR A ELLO HA MANTENIDO AUSENCIA DE MENSTRUACION POR 7 MESES LO QUE SE HA ACOMPAÑADO DE HINCHAZON EN SU CUERPO, DOLORES EN LAS ARTICULACIONES, CANSANCIO, MAREOS Y DEBILIDAD, NAUSEAS MATINALES EN OCASIONES, ACUDE CON RESULTADO DE ECOGRAFIA GINECOLOGICA DONDE COMENTAMOS: UTERO NO GESTANTE EN ANTEVERSION Y CENTRAL, HOMOGENEO, CON PRESENCIA DE POCAS IMAGENES FOLICULARES EN AMBOS OVARIOS SE PRESUME EXISTA UNA DISMINUCION DE LA ACTIVIDAD FOLICULAR OVARICA. SE RECIBEN RESULTADOS DE BIOMETRIA, COLESTEROL, TRIGLICERIDOS, GLICEMIA TODOS SIN ALTERACIONES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	DISFUNCION OVARICA NO ESPECIFICADA		E289		X	2.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/04/02	10:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO			
1309015111				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319			

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		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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.					4.				

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			