

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		4443	CENTRO DE SALUD RESBALON	A	1316624483		1316624483									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
POSLEGUA	PONCE	HELEN		PAOLA	M	21/03/1996	30	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A													
			X													
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO									
0981276884 / 0960606443		MSP		☒	☐		<table><tr><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☒</td></tr><tr><td>8. Inadecuada capacidad resolutoria</td><td>☒</td></tr><tr><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☒</td></tr></table>		6. Problemas de abastecimiento.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☒	8. Inadecuada capacidad resolutoria	☒	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒
6. Problemas de abastecimiento.	☐															
7. Insuficiencia de profesionales.	☒															
8. Inadecuada capacidad resolutoria	☒															
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒															
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.												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 30 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES DE RELEVANCIA CON ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS DE G2 A0 P2 C0 ACUDE A LA CONSULTA CON ECOGRAFÍA PELVICA DX DE OVARIOS POLIQUISTICOS, REFIRIENDO DESEO DE CONCEPCION DESDE HACE 3 AÑOS SIN RESULTADO ALGUNO. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE ASINTOMATICA ORIENTADA EN TIEMPO - ESPACIO - PERSONA SIN MEDICACION DE BASE ACTUAL NO REFIERE USO DE ANTICONCEPTIVOS HACE MAS DE 1 AÑO. SE SOLICITA VALORACIÓN POR PARTE DE ESPECIALIDAD AL NO CONTAR CON PRESTACIÓN EN LA CARTERA DE SERVICIOS SE INICIA TRAMITE DE GESTION A UNIDAD DE MAYOR COMPLEJIDA PARA MANEJO INTEGRAL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA ABDOMINAL CON TRANSDUCTOR DE 3.5 MHZ, MEDIANTE BARRIDOS TRANSVERSALES, LONGITUDINALES Y OBLICUOS. UTRERO EN ANTERO VERSO FLEXIÓN CUYOS DIÁMETROS MIDEN: 58 MM X 42 MM X 40 MM, EN SUS DIÁMETROS TRANSVERSO, ANTERO-POSTERIOR Y LONGITUDINAL RESPECTIVAMENTE. MIOMETRIO DE TEXTURA HOMOGÉNEO SIN PRESENCIA DE MASAS SIN DIU. ENDOMETRIO QUE MIDE 3 MM. DE ESPESOR, DE BORDE REGULARES, CONTORNOS DEFINIDOS. SIN MASAS OCUPATIVAS. CÉRVIX DE TAMAÑO Y FORMA NORMAL, SIN IMÁGENES PATOLÓGICAS. OVARIO DERECHO QUE MIDE 31 MM X 17 MM, TEXTURA HETEROGÉNEA, CON +- 14 IMÁGENES ECOLUCIDAS, DE PAREDES FINAS Y CON REFORZAMIENTO POSTERIOR QUE MIDEN ENTRE 2-4 MM. OVARIO IZQUIERDO QUE MIDE 32 MM X 17 MM, TEXTURA HETEROGÉNEA, CON +- 16 IMÁGENES ECOLUCIDAS, DE PAREDES FINAS Y CON REFORZAMIENTO POSTERIOR QUE MIDEN ENTRE 2-4 MM. NO LIQUIDO EN FONDO DE DOUGLAS. NO EMBARAZO.

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	INFERTILIDAD FEMENINA, NO ESPECIFICADA	N979	☒		4.			
2.	QUISTE FOLICULAR DEL OVARIO	N830		☒	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-04-07.	11:30:00	JULIO	ZAMBRANO	JIMENEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1311627598				

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

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 TERAPEUTICOS 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

