

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

1413

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL BASICO SAN ANDRES

TIPOLOGIA

II

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

PRIMER APELLIDO

LOOR

SEGUNDO APELLIDO

MONTES

PRIMER NOMBRE

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

EULALIA

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

02/05/2003

EDAD

22

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)

939555015

REFERENCIA

☒

DERIVACIÓN

☐

MOTIVO

1. Accesibilidad geográfica.

2. Falta de espacio físico.

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 ser

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

EL AVIO AL FARO

PARROQUIA

EL AVIO AL FARP

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

SERVICIO

ESPECIAL

Hospital Napoleón Dávila Cordova

EMERGENCIA

Ginecol

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

Paciente de 22 años de sexo femenino que acude con cuadro clínico de larga data caracterizado por amenorrea de seis meses de evolución dolores abdo hipogastrio de moderado intensidad que se exacerba mes a mes coincidiendo con su aparente ciclo menstrual , al examen físico dolor a la palpación en r de hipogastrio, paciente que anterior mente refiere control ginecologico con ginecóloga de la unidad y que no visualiza mejoras de cuadro clínico

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ecografía pélvica : múltiples imágenes en ovario derecho e izquierdo que corresponden a ovarios poliquísticos

DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1.

síndrome de ovarios poliquístico

E282

X

4.

2.

5.

3.

6.

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

HORA (hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEXO

09/03/2026

ERICK

CEDEÑO

M

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

1311855389

EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

CONTRAREFERENCIA

REFERENCIA INVERSA

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

TIPOLOGIA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

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

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO

FECHA (aaaa-mm-dd)

RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

1.

4.

2.

5.

3.

6.

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)

HORA (hh:mm)

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEXO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

FIRMA

SELLO

SNS-MSP/HICU-T01M1.053/2021

REFERENCIA - DERIVACION- CONTRAREFERENCIA

