

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                                   |  | 1246              | C. S TOSAGUA             | TIPO C        | 1317130142                       |                |                   |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE |                                  | SEGUNDO NOMBRE |                   | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ZAMBRANO                              |  | BAILON            |                          | SOLANGE       |                                  | ANAHY          |                   | F                                                       | 04/07/2012       | 13   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA    |                                  | DERIVACIÓN     |                   | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| 0969384959                            |  | SI, CAMPESINO     |                          | X             |                                  |                |                   | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          |               |                                  |                |                   | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA     |                                  |                |                   | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  | TOSAGUA           |                          | TOSAGUA       |                                  |                |                   | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          |               |                                  |                |                   | X                                                       |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          |               |                                  |                |                   | X                                                       |                  |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                              |  |                  |  |              |  |
|-------------------------|--|------------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD     |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA |  | CONSULTA EXTERNA |  | PEDIATRIA    |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES ACUDE A CONSULTA A CONTROL MÉDICO REFIRIENDO QUE SUS MENSTRUACIONES NO SON REGULARES QUE MENSTRUUA CADA 3 MESES Y QUE PRESENTA DOLORRES DE CABEZA FRECUENTEMENTE . AL MOMENTO ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, BUEN APETITO, NO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, NI DIGESTIVOS, SIN ALTERACIONES APARENTES. AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

E. DIAGNÓSTICO

|                 |                                                |      |     |     |    |     |     |     |
|-----------------|------------------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO                                | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1.              | OTROS QUISTES OVARIOS Y LOS NO ESPECIFICADOS   | N832 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.              | OTRAS MENSTRUACIONES IRREGULARES ESPECIFICADAS | N925 |     | X   | 5. |     |     |     |
| 3.              |                                                |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |  |                                                                                     |  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO                                                                    |  |
| 2025/10/24                            | 09.20        | Yolanda       |  | Cedeño          |  | Cedeño                                                                              |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              |               |  | FIRMA           |  | SELLO                                                                               |  |
| 1311762940                            |              |               |  |                 |  | ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952 |  |

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

|                       |    |    |                       |    |    |
|-----------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| REFERENCIAJUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓNJUSTIFICADA | 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 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            |  |
|                                       |              |               |  |                 |  |                  |  |