

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                                   |  | 1270              | CS. LA ESTANCILLA        |                                  | A         | 1350894836                       |  |                                                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   |  | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| MENDOZA                               |  | VERA              |                          | MARIA                            |           | BELEN                            |  | F                                                       | 2/12/1998        | 27   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | X                                |  | DERIVACIÓN                                              |                  |      |                         |   |   |   |
| 0978970353                            |  |                   |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  |  | MOTIVO                                                  |                  |      |                         |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |  | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                  |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA                        |           |                                  |  | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                  |      |                         |   |   |   |
| MANABI                                |  | TOSAGUA           |                          | LA ESTANCILLA                    |           |                                  |  | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                  |      |                         |   |   |   |
|                                       |  |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |  | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                  | X    |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente femenina de 27 años de edad acude a este centro de salud para control médico. Refiere alteraciones del ciclo menstrual, con episodios de sangrado hasta 3 veces en un mes, con duración de hasta 8 días, sin manejo actual. Menciona antecedente de diagnóstico de Síndrome de ovario poliquístico en ambos ovarios por médico particular, con tratamiento previamente indicado, el cual suspendió tras un mes por limitaciones económicas.

Refiere además antecedentes de exámenes con valores elevados de glucosa, colesterol y triglicéridos, sin tratamiento al momento. Actualmente presenta dolor abdominal bajo tipo cólico, cefaleas recurrentes, insomnio y cuadro de ansiedad asociado a problemática de pareja, con sensación de ánimo bajo. Niega fiebre, vómitos o sangrado activo al momento. Cuadro clínico compatible con trastorno del ciclo menstrual secundario a síndrome de ovario poliquístico, asociado a alteraciones metabólicas y componente ansioso-depresivo. Se decide referencia a especialidad de ginecología para valoración, manejo y seguimiento integral del síndrome de ovario poliquístico.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Paciente acude sin exámenes complementarios actuales para valoración.Se indican exámenes complementarios para estudio y control de patología de base:  
Glucosa en ayunas--Perfil lipídico (colesterol total y triglicéridos)--Biometría hemática--Perfil hormonal (según disponibilidad: TSH, LH, FSH, prolactina)--Ecografía pélvica para valoración de ovarios

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |      |     |     |    |     |     |     |
|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
| 1. SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO | E282 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                                 |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                                 |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 4/5/2026                              | 11:30:00        | DERECK        |  | LABORDE         |  | RODRIGUEZ        |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
| 1315603413                            |                 |               |  |                 |  |                  |  |

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 |  | 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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |