

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					
		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1726932179						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LOPEZ	CEDEÑO	JOSELYN		NAOMI	M	12-11-2002	23	☐ H	☐ D	☐ M	☐ A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0964066980		MSP		☒ Y	☐ N						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
PRIMUMIA		CANTÓN		PARROQUIA							
MANABE		TOSAGUA		TOSAGUA							
1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado.											
MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad reactiva											

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 ADULTO JOEN CON APG: MENARQUIA 12 AÑOS, IRS: 17 AÑOS. G:2 P:0 C:2 A:0, FUM: 23 DE ABRIL 2026, REGLAS MENSUALES, 5 DÍAS, CANTIDAD NORMAL. PRESENTA CUADRO CLÍNICO DE MAS MENOS 9 MESES DE EVOLUCION, CARACTERIZADO POR DOLOR PELVICO, NO ASOCIADO A MESTRUACION, NI A EL COITO. EXAMEN FÍSICO: ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO MEGALIAS, DOLOR A LA PALPACIÓN EN FOSA ILIACA IZQUIERDA. PRESENTA IMEGEN CON PATOLOGIA DE ENDOMETRIO Y OVARIO IZQUIERDO, BAJO ESTE CONTEXTO SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ADJUNTO RESULTADO DE ECOGRAFIA DEL 6 DE MAYO 2026.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1.	HIPERPLASIA DE GLANDULA DE ENDOMETRIO	N805		X	4.			
2.	CISTADENOMA DE OVARIO IZQUIERDO	D27		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
13-05-2026	15:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1308639879				

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	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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CE	PRE	DEF		CE	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	