

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	CS. TOSAGUA	C	2300007503							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
NAVARRETE	VELIZ	KATHERINE	MONSERRATE	F	01/03/1998	26	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
0963980682 / 0959924863	No se Encuentra										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.									
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	2. Falta de espacio físico.								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA	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				X					
		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 DE CHONE "DR. NAPOLEN DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 26 AÑOS QUIEN ACUDE POR CHEQUEO MÉDICO GENERAL Y PREOCUPADA PORQUE LLEVA 5 AÑOS CON SU PAREJA Y NO HA PODIDO EMBARAZARSE...
TAMBIÉN REFIERE IRREGULARIDADES EN EL CICLO MENSTRUAL TIPO **POLIMENORREA...**Y QUE LE DIAGNOSTICARON OVARIO POLIQUÍSTICO.
AL Ex FÍSICO SE CONSTATA **OBESIDAD G°II, ACANTOSIS NIGRICANS, MUCOSAS HIPOCROMICAS**, AR: MV NORMAL, ACV: RsCsRs/S. SIGNOS VITALES NORMALES.
AL RASTREO ECOGRAFICO SE OBSERVA MÚLTIPLES QUISTES EN AMBOS OVARIOS CON UN QUISTE DOMINANTE EN EL ANEXO IZQUIERDO...
POR ELLO SE REFIERE PARA CONSULTA DE FERTILIDAD EN II NIVEL... SE INDICA HIERRO +ACIDO FOLICO Y METFORMINA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

EX. DE LAB. Hb: 9.4GR/DL.

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	INFERTILIDAD FEMENINA, NO ESPECIFICADA	N979	X	4	ACANTOSIS NIGRICANS	L83X	X
2	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION	D509	X	5	SINDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO	E282	X
3	MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO IRREGULAR	N921	X	6	DISFUNCIÓN OVÁRICA PARA ESTUDIO	E289	X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
19/12/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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	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		