

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	2351005695						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BEDON	MENDOZA	JOSELYN	NICOLE	F	08/05/2001	23	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0939379149 / 0984063323		No se Encuentra	☒							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento.						
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	7. Insuficiencia de profesionales.						
				8. Inadecuada capacidad resolutive		☒				
				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		☒				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DE CHONE "DR. NAPOLEÓN DÁVILA"	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 23 AÑOS QUIEN ACUDE POR IRREGULARIDAD EN LOS CICLOS MENSTRUALES (HIPERPOLIMENORREA). AL MOMENTO EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES. ACUDE CON ECOGRAFIA TV QUE REPORTA EN OVARIO IZQUIERDO OVARIO AUMENTADO DE VOLUMEN DE 7,7 X 4. 2 X 2.4 CM CON MÚLTIPLES FOLÍCULOS Y UNA MASA SOLIDA ECOGÉNICA QUE AL DOPPLER PRESENTA VASCULARIZACIÓN..? DE 4.6 X 3.7 CM CON UN VOLUMEN 34 ml. QUE SUGIERE QUISTE DERMOIDE...

POR LO QUE SE I/C. CON GINECOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ACUDE CON ECOGRAFIA TV QUE REPORTA EN OVARIO IZQUIERDO OVARIO AUMENTADO DE VOLUMEN DE 7,7 X 4. 2 X 2.4 CM CON MÚLTIPLES FOLÍCULOS Y UNA MASA SOLIDA ECOGÉNICA QUE AL DOPPLER PRESENTA VASCULARIZACIÓN..? DE 4.6 X 3.7 CM CON UN VOLUMEN 34 ml. QUE SUGIERE QUISTE DERMOIDE...

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1	TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL OV	D391	X	4			
2	QUISTE EN DESARROLLO DEL OVARIO	Q501	X	5			
3				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28/03/2025	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	