

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	
MSP		1410	HMBAGA		II	1310046253		1310046253	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
SALAS		BAZURTO		RITHA		CRISTINA	F	1980/08/20	45
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN			
0983123792					☒	☐			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO				
PROVINCIA					☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutiva ☐ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios				
CANTÓN					☐ 1. Accesibilidad geográfica. ☐ 2. Falta de espacio físico. ☐ 3. Falta de equipamiento. ☐ 4. Equipos en mal estado. ☐ 5. Problemas de infraestructura.				
PARROQUIA					☐ X ☐ X ☐ X				
MANABI					BOLIVAR				
					CALCETA				

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
SERVICIO		ESPECIALIDAD	
CONSULTA EXTERNA		GINECOLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 45 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE AGO DOS HIJOS DOS CESAREAS, ADEMÁS MIOMAS INTRAMURALES DIAGNOSTICADO HACE 2 AÑOS, PACIENTE QUE POR REPETIDAS OCASIONES, INGRESA POR ANEMIA GRAVE PARA TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA, VALORADA Y PROGRAMADA HACE 5 MESES, AL MOMENTO EL QUIROFANO DEL HOPITAL DE CALCETA EN MANTENIMIENTO. PACIENTE AL MOMENTO INGRESA CON HEMOGLOBINA DE 5,3 HEMATOCRITO DE 18,4 SE TRANSFUNDE TRES PAQUETES DE GLOBULOS ROJOS, PACIENTE CONCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO COLABORA CON INTERROGATORIO, REFIERE QUE TIENE MENSTRUACIONES ABUNDANTE CON CUAGULOS. AL EXAMEN FÍSICO FASIES FALIDA CON ABDOMEN EN HIPOGASTRIO PRESENTA TUMORACIÓN DE DIAMETRO MAS O MENOS 10 CENTIMIENTROS SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRÍA: * PA: 124/67 * FC: 105 * FR: 20 * SATO: 98% * TEMPERATURA: 36. * PESO 50.8 KILOS * TALLA. 1,49

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
EXÁMENES DE 6 DE JULIO BLANCO 5,830 - NEUTROFILO 57,1 LINFOCITO 37,4 - HEMOGLOBINA 5,3 HEMATOCRITO 18,3 PLAQUETA 376 ECOGRAFIA TRANSVAGINAL FECHA 15 /01/2024. UTERO: NO GESTANTE DE TAMAÑO AUMENTA DE CARACTERISTICA FIBROMIOMATOSIS HISTEROMETRIA DL 8,7 CM DAP 8CM / DT 8,5 CM VOLUMEN UTERINO 312 CM, MIOMETRIO MIOMAS INTRAMURALES EL MAYOR 71X53 MM, ENDOMETRIO NO VALORABLE ADECUADAMENTE DEBIDO A MIOMA ID MIOMAS INTRAMURALES, UTERO FRIBROMIOMATOSO.

E. DIAGNÓSTICO																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-PRESUNTIVO</th> <th>DEF. DEFINITIVO</th> <th>CE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th>CE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION</td> <td>D259</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE (CR)</td> <td>D500</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF	1. LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259			X				2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE (CR)	D500			X				3.							
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF																									
1. LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION	D259			X																												
2. ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SECUNDARIA A PERDIDA DE SANGRE (CR)	D500			X																												
3.																																

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026/07/07	15:00	DR ODENNIS		CHAVEZ	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
0960091445					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN							
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	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

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	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																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PRE-PRESUNTIVO</th> <th>DEF. DEFINITIVO</th> <th>CE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> <th>CE</th> <th>PRE</th> <th>DEF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF	1.								2.								3.							
PRE-PRESUNTIVO	DEF. DEFINITIVO	CE	PRE	DEF	CE	PRE	DEF																									
1.																																
2.																																
3.																																

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	