



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	001414	Ricaurte	CS	1309337978								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Romero	Guadamud	Cruz	Alexandra	M	11-05-1982	42	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		☒	DERIVACIÓN MOTIVO							
0991438609		1. Accesibilidad geográfica.		☐	6. Problemas de abastecimiento.						☐	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.		☐	7. Insuficiencia de profesionales.						☐	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		☐	8. Inadecuada capacidad resolutive						☒
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.		☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						☐
		5. Problemas de infraestructura.		☐								

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hospital General Napoleon Davila Cordova	Consulta Externa	Ginecologia

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS ACUDE PARA REVISION DE PRUEBA DE EMBARAZO (QUE NO SE REALIZA PORQUE NO ACUDE A LA CITA) Y ECOGRAFIA ELDIA DE AYER QUE EVIDENCIA: UTERO EN ANTEVERSION DE DIMENSIONES NORMALES- ECOENICIDAD CONSERVADA- SE OBSERVAN MULTIPLES IMAGENES DECONSISTENCIA MASA EN NUMERO MAYOR DE 3 DE BORDES REGULARES- ISOECOGENICAS- VASCULARIZACION PERIFERICA MINIMA- LOCALIZADAS EN ELMIOMETRIO SUGESTIVAS DE MIOMAS INTRAMURALES- EL DE MAYOR TAMAÑO SE LOCALIZA EN LA CARA POSTERIOR MIDE 41X33X 32MM- VOL DE 24.24CC-AL MOMENTO DEL ESTUDIO OTRO MIDE 26X28X25MM VOL DE 19-54CC- CONSIDERAR MIOMATOSIS UTERINA- ENDOMETRIO HIPERECOGENICO FINO MIDE8.26MM- CERVIX DE ASPECTO HETEROGENEO- OVARIO DERECHO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL- SE OBSERVAN 5 FOLICULOS DE ENTRE 3 A 9MMOVARIO IZQUIERDO POCO VALORABLE. POR LO CUAL SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ECOGRAFIA EL DIA DE AYER QUE EVIDENCIA: UTERO EN ANTEVERSION DE DIMENSIONES NORMALES- ECOENICIDAD CONSERVADA- SE OBSERVAN MULTIPLES IMAGENES DECONSISTENCIA MASA EN NUMERO MAYOR DE 3 DE BORDES REGULARES- ISOECOGENICAS- VASCULARIZACION PERIFERICA MINIMA- LOCALIZADAS EN ELMIOMETRIO SUGESTIVAS DE MIOMAS INTRAMURALES- EL DE MAYOR TAMAÑO SE LOCALIZA EN LA CARA POSTERIOR MIDE 41X33X 32MM- VOL DE 24.24CC-AL MOMENTO DEL ESTUDIO OTRO MIDE 26X28X25MM VOL DE 19-54CC- CONSIDERAR MIOMATOSIS UTERINA- ENDOMETRIO HIPERECOGENICO FINO MIDE8.26MM- CERVIX DE ASPECTO HETEROGENEO- OVARIO DERECHO DE TAMAÑO Y ECOGENICIDAD NORMAL- SE OBSERVAN 5 FOLICULOS DE ENTRE 3 A 9MMOVARIO IZQUIERDO POCO VALORABLE. POR LO CUAL SE REALIZA REFERENCIA A GINECOLOGIA

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Leiomioma Del Utero Sin Otra Especificacion	D259	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-02-05	02:15	Estefania	Saavedra	Moreira
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1311538662				

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. DIAGNÓSTICOPRE= 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		