

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                               | 1309000865                       |                                     |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                       | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                    | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Pulido                                | Chavez           | Ana                                 | Maria                            | M                                | 23-06-1977                          | 48   | H                       | D | M | A |  |
|                                       |                  |                                     |                                  |                                  |                                     |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  | REFERENCIA                          |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                |                                     |      |                         |   |   |   |  |
| 0939566350                            |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  | <input type="checkbox"/>         |                                     |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  | 1. Accesibilidad geográfica.        |                                  | <input type="checkbox"/>         |                                     |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  | 2. Falta de espacio físico.         |                                  | <input type="checkbox"/>         |                                     |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARROQUIA                           | 3. Falta de equipamiento.        |                                  | <input type="checkbox"/>            |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                    | 1303             | 130302                              | 4. Equipos en mal estado.        |                                  | <input type="checkbox"/>            |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  |                                     | 5. Problemas de infraestructura. |                                  | <input type="checkbox"/>            |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  |                                     |                                  |                                  | <input type="checkbox"/>            |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  |                                     |                                  |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |      |                         |   |   |   |  |
|                                       |                  |                                     |                                  |                                  | <input type="checkbox"/>            |      |                         |   |   |   |  |

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 FEMENINO DE 47 AÑOS DE EDAD- ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD POR CONTROL MÉDICO DE RUTINA. ANTECEDENTESPATOLÓGICOS PERSONALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES ALÉRGICOS: NO REFIERE.ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES: NO REFIERE. AL MOMENTO ACTIVO- ELECTI- VO- ORIENTADO EN LAS TRES ESFERASCOGNITIVAS- HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. PACIENTE CON ANTECEDENTES DE MIOMATOSIS UTERINA DE PAROXIMADAMENTE 4AÑOS DE EVOLUCION QUE AL MOMENTO PRESENTA SANGRADOS DE GRAN INTENSIDAD QUE SE PROLONGAN POR MAS DE 8 DIAS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMATOLOGIA: BIOMETRÍA HEMÁTICA RECUENTO DE GLÓBULOS ROJOS 4.75 10<sup>6</sup>/?L 4 - 6 HEMOGLOBINA 12.1 G/DL 13 - 17 HEMATOCRITO38.9 % 40 - 50 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM) 81.8 ?M³ 80 - 100 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (HCM) 25.5 PG 27 - 31CONCENTRACIÓN DE HB CORP. MEDIA (CHCM) 31.1 G/DL 30 - 36 ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)C 15.8 % 11.5 - 15.5 ANCHO DEDISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA (RDW)S 47.2 ?M³ PLAQUETAS 246 10³/?L 150 - 450 PLAQUETOCRITO 0.30 % 0.1 - 0.5 VOLUMEN PLAQUETARIOMEDIO (MPV) 12.1 ?M³ 7.4 - 11 INDICE DE DISTRIBUCIÓN PLAQUETARIA (PDWC) 18.5 % 10 - 18 P-LCC (PLA: RECUENTO CELULAS GRANDES) 10510³/?L 44 - 140 P-LCR (PLA: PROPORCION CELULAS GRANDES) 42.8 % 18 - 50 GLÓBULOS BLANCOS 6 10³/?L 4 - 10 LINFOCITOS (%) 28 % 25 - 40NEUTRÓFILOS (%) 57.9 % 55 - 65 MONOCITOS (%) 8.2 % 2 - 10 EOSINÓFILOS (%) 5.1 % 0.5 - 5 BASÓFILOS (%) 0.8 % 0 - 2 LINFOCITOS (#) 1.6810³/?L 1 - 4.4 NEUTROFILOS (#) 3.47 10³/?L 1.6 - 7 MONOCITOS (#) 0.49 10³/?L 0.3 - 1 EOSINÓFILOS (#) 0.31 10³/?L 0 - 0.5 BASÓFILOS (#)0.05 10³/?L 0 - 0.2

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE                           | PRE  | DEF |   | CIE | PRE | DEF |
|------------------------------------|-------------------------------|------|-----|---|-----|-----|-----|
| 1.                                 | Leiomoma Intramural Del Utero | D251 |     | X | 4.  |     |     |
| 2.                                 |                               |      |     |   | 5.  |     |     |
| 3.                                 |                               |      |     |   | 6.  |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| 2025-07-01                            | 10:28        | 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. 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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           | SELLO         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |