



| 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           | Convento                         | CS                        | 1305440248                         |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                    | SEGUNDO NOMBRE            | SEXO                               | FECHA NACIMIENTO                                        | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Medranda                                                    | Cobeña           | Adalis                           | Erlicia                   | M                                  | 22-07-1970                                              | 54   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                                  |                           |                                    |                                                         |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                       |                           | DERIVACIÓN MOTIVO                  |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| 0990109379                                                  |                  | X                                |                           |                                    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.     |                           | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  | 2. Falta de espacio físico.      |                           | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                        | 3. Falta de equipamiento. |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |      | X                       |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1303             | 130353                           | 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 FEMENINO DE 54 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO CON APP:HTA TOMA LOSARTAN 100MG AL MOMENTO ACUDEPOR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL DIFUSO CON LOCALIZACION EN REGION PELVICAIZQUIERDA TRAE ECOGRAFIA REALIZADA EL 24/03/2025 REPORTA EN UTERIO LESION OCUPATIVA UBICADO EN LA PARED POSTERIORDEL UTERO QUE MIDE 2.6 X1.8 X2.3 CM ID MIOMATOSIS UTERINA QUISTE DE NEBOTH QUISTE SIMPLE DE OVARIO IZQUIERDO LESION EN RELACION CON MIOMA INTRAMURAL AL EXAMEN FÍSICO: NEUROLÓGICAMENTE: DESPIERTO- ACTIVO- REACTIVO- ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO. CABEZA NORMOCÉFALO. PUPILAS: ISOCÓRICAS. CUELLO NO ADENOPATÍAS- TÓRAX: SIMÉTRICO. CSPS:VENTILADOS; RSCS: RÍTMICOS NO SOPLO. ABDOMEN: BLANDO- A LA PALPACIÓN NO MEGALIA- A LA AUSCULTACIÓN RSHS PRESENTES.EXTREMIDADES INFERIORES: SIMÉTRICAS- NO HAY EDEMA. PLAN SE INDICA REFERENCIA SERVICIO DE GINECOLOGIA PARAVALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ECOGRAFIA REALIZADA EL 24/03/2025 REPORTA EN UTERIO LESION OCUPATIVA UBICADO EN LA PARED POSTERIOR DEL UTERO QUEMIDE 2.6 X1.8 X2.3 CM ID MIOMATOSIS UTERINA QUISTE DE NEBOTH QUISTE SIMPLE DE OVARIO IZQUIERDO LESION EN RELACION CONMIOMA INTRAMURAL |

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

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |                 |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-03-24                            | 02:27           | Maria         | Andrade         | Barreiro         |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
| 1310675093                            |                 |               |                 |                  |

| 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<br>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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |