



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	1308873114							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Moncayo	Pinargote	Nory	Aracely	M	19-01-1977	48	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
098-690-4652		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						
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 FEMENINA DE 48 AÑOS DE EDAD FUM NO RECUERDA. AGO: G4 P4 A0 C0 APP NO REFIERE APF; MADRE HTA Y PADRE HTA(FALLECIDO) AQX: SALPINGECTOMIA + COLECISTECTOMIA ALERGIAS NO REFIERE HABITOS NO REFIERE. ACUDE EL DIA DE HOY ACONS ULTA POR REVISION GINECOLOGICA INDICA SANGRADO VAGINAL ANORMAL DE MAS O MENOS 3 MESES DE EVOLUCION +DIS URIA + POLAQUIURIA. PACIENTE INDICA HABERSE HECHO ATENDER POR EL IEES POR EL AREA DE GINECOLOGIA Y EL LE HAPRESCRITO ANTICONCEPTIVO INYECTABLE A BASE DE PROGESTERONA (DEPO PROVERA) QUE SE DEBE APLICAR MES A MES Y LAULTIMA VEZ QUE SE APLICO FUE EN EL MES DE ABRIL- PARA LO CUAL SE INDICA A PACIENTE S USPENDER MEDICACION YA QUE ESTATENIENDO UNA ALTA CARGA HORMONAL. AL MOMENTO AFEBRIL- EUPNEICA- HEMODINAMICAMENTE ESTABLE- ORIENTADA ES S USESFERAS- COLABORA CON EL INTERROGATORIO . AL EXAMEN FISICO AL EXAMEN FISICO MUCOSAS NORMOHIDRATAS- NORMOCOLOREADAS. TORAX SIMETRICO CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS- RUIDOS CARDIACOS NORMOFONETICOS SINSOPLOS- MAMAS SIMETRICAS- SIN PRESENCIA DE DOLOR NI SECRECIONES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE- AL EXAMENGINECOLOGICO- AL TACTO VAGINAL MASA DE CONSISTENCIA DURA ANTERIOR PALPABLE- AL MOMENTO NO SE ENVIDENCIA SANGRADOPERO SI HAY PRESENCIA DE SECRECION BLANQUECINA CON GRUMOS SIN MAL OLOR REFERENTE A CANDIDIASIS. EXTREMIDADESSIMETRICAS SIN PRESENCIA DE EDEMA. TRAE ECOGRAFIA TRANSVAGINAL REALIZADA EL 08/05/2025 CON REPORTE DE UTEROLATERALIZADO Y AVF. MIOMETRIO HETEROGENEO CON PRESENCIA DE IMÁGENES REDONDEADAS BIEN DEFINIDAS EN S U INTERIOR DEECOTEXTURAS HIPOCOGENICAS MODERADAMENTE DENSAS DE CONTORNOS Y BORDES DEFINIDOS NO ESPICULADOS- LA DE MAYORDIMENSION MIDE 25.6X24.5X24.8MM UBICADA EN ZONA PERIFERICA Y UNA SEGUNDA LESION QUE MIDE 19.5X15.1X19.3MM Y UNVOLUMEN 2.98CC UBICADO EN ZONA INTRAMURAL EN PROXIMACION A ENDOMETRIO. DX MIOMATOSIS UTERINA FIGO 2-5. SE ENVIAREFERENCIA AL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA PARA DAR SEGUIMIENTO POR EL AREA DE CONS ULTA EXTERNA ESPECIALIDADGINECOLOGIA. SE PRESCRIBE SE DA ASESORIA SOBRE DIETA SALUDABLE- ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NOHAY PARAMETROS. PACIENTE SALE ESTABLE DE CONS ULTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

MIOMATOSIS UTERINA FIGO 2-5

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
2025-06-05	01:31	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 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	