



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	Flavio Alfaro	CS-B	1311938466							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Conforme	Triviño	Elizabeth	Maricela	M	27-08-1987	38	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN							
099-041-4959			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.					
			2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.					
			3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive					
			4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
			5. Problemas de infraestructura.								
13	1305	130550								X	

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 38 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONS ULTA. REFIERE DOLOR EN HIPOGASTRIO DESDE 15 DIAS ATRAS. LLEGA CONECOGRAFIA DONDE REPORTA MIOMA S UBSEROSO UTERINO + QUISTE SOLITARIO DE OVARIO DERECHO. SE REALIZA REFERENCIA ASEGUNDO NIVEL CON GINECOLOGIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: UTERO Y ANEXOS: UTERO MACROSOMICO DE 10.23 CM X4-52 CM CON PRESENCIA DE MASA MIOMATOSA- S UBCERSODE CARA ANTERIOR DE 3.3 CM X 2.3 CM VOL 8-21. OVARIO DERECHO UNICO X OOFORRECTOMIA IZQUIERDA HACE 2 AÑOS. DENOTAQUISTE SOLITARIO DE 2.7 CM X 2.5 CM VOL 8-82. DIAGNOSTICO: MIOMA S UBCEROSO UTERINO + QUISTE SOLITARIO DE OVARIODERECHO. LEIOMIOMA SUBSEROSO DEL UTERO D252

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Leiomioma Subseroso Del Utero	D252		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-25	01:13	Walther	Castro	Velez
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1310868573				

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	