



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	1718406232													
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)								
Barberan		Mera		Rosa		Ramona		M	15-06-1977	48	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X
H	D	M	A																
			X																
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN													
098-970-0901				X															
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.													
				2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.													
PROVINCIA				3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X											
CANTÓN				4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios													
PARROQUIA				5. Problemas de infraestructura.															
13				1305		130550													

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 QUE ACUDE POR CUADRO DE SEIS MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR SANGRADO UTERINO ANORMAL DE PATRÓN IRREGULAR. REFIRIENDO MESES CON MENSTRUACIONES DE CARACTERÍSTICAS HABITUALES Y OTROSEPIODIOS CON SANGRADO DE MAYOR ABUNDANCIA Y DURACIÓN. ACOMPAÑA DOLOR ABDOMINAL TIPO CÓLICO DE INTENSIDAD VARIABLE. CUENTA CON ECOGRAFÍA PÉLVICA PREVIA DONDE SE IDENTIFICA MIOMA UTERINO CLASIFICADO COMO FIGO TIPO 2. NIEGAFIEBRE- SECRECIÓN VAGINAL PATOLÓGICA- SÍNTOMAS URINARIOS O SIGNOS DE ANEMIA MANIFIESTA. ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. SE OBSERVA BUEN ESTADO GENERAL. POR REPORTE EN ECOGRAFIA SE RECOMIENDA CONTROL CON ESPECIFICIDAD- POR LO QUE SE ENVIA REFERENCIA A GINECOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: SRANSDUCTOROGRAFIA TRANSVAGINAL EN EQUIPO MINDRAY Z60 DE ALTA GAMMA- CON TRANSDUCTOR INTRACAVITARIO- OBSERVANDO: UTERO: LATERALIZADO Y AVF. MIOMETRIO HETEROGENEO CON PRESENCIA DE IMÁGENES REDONDEADAS BIEN DEFINIDAS DE ECOTEXTURA HIPOECOGENICA MODERADAMENTE DENSA DE CONTORNOS Y BORDES LISOS REGULARES CON CAPTACION POSITIVA A DOPPLER COLOR VASCULARIZADO A PERIFERIA Y CENTRAL- LA DE MAYOR MEDIDAS DE 33.0MM X 24.0MM X 32.0MM Y UN VOLUMEN DE 13.57CC UBICADA EN ZONA INTRAMURAL EN REGION ANTEROSUPERIOR UTERINA. ENDOMETRIO: HIPERECOGENICO- LEVEMENTE ENGROSADO MIDE: 6.1MM. SE VISUALIZA A NIVEL DE CERVIX PRESENCIA DE IMÁGENES REDONDEADAS DE CONTENIDO ANECOICO DE CONTORNOS Y BORDES LISOS REGULARES CON REFORZAMIENTO ACUSTICO POSTERIOR Y NEGATIVIDAD A DOPPLER COLOR- EL DE MAYOR DIMENSION MIDE 10.8MM X 7.0MM X 9.2MM Y UN VOLUMEN DE 0.37CC- EN RELACION A QUISTES DE NABOTH. OVARIO DERECHO: FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO MIDE 2.76CM CON UN VOLUMEN DE 12.30CC- ECOGENICIDAD ADECUADA- PARENQUIMA HETEROGENEO CON PRESENCIA DE IMAGEN REDONDEADA UNICA DE CONTENIDO ANECOICO DE CONTORNOS Y BORDES LISOS REGULARES DELINEADOS CON AREAS DE REFORZAMIENTO ACUSTICO POSTERIOR Y NEGATIVIDAD A DOPPLER COLOR QUE MIDE 16.5MM X 16.1MM X 16.2MM Y UN VOLUMEN DE 2.26CC- RESTO DEL PARENQUIMA CON ADECUADA VASCULARIZACIÓN. OVARIO IZQUIERDO: FORMA Y TAMAÑO CONSERVADO MIDE 2.39CM CON UN VOLUMEN DE 4.08CC- ECOGENICIDAD ADECUADA- PARENQUIMA HOMOGENEO- SIN PRESENCIA DE IMAGENES FOLICULARES NI QUISTICAS EN SU INTERIOR- RESTO DEL PARENQUIMA CON ADECUADA VASCULARIZACIÓN. NO SE EVIDENCIA LIQUIDO EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS. CONCLUSIONES: UTERO LATERALIZADO Y EN AVF. ENDOMETRIO. FASE PROLIFERATIVA. MIOMA UTERINO FIGO 2. 45 QUISTES UNILOCULARES OVARIOS SIMPLE UNILATERAL DERECHO. QUISTES DE NABOTH. SE RECOMIENDA VALORACION POR GINECOLOGIA. SE RECOMIENDA REALIZAR RM DE PISO PELVICO PARA MAYOR CORRELACION DX. LEIOMIOMA INTRAMURAL DEL UTERO

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO 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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-11-27	11:04	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	