



| 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           | Hospital Basico Dr. Francisco Vasquez Balda |                                     | HB        | 1315655884                                              |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| PRIMER APELLIDO                                             |   | SEGUNDO APELLIDO |                                             | PRIMER NOMBRE                       |           | SEGUNDO NOMBRE                                          |  | SEXO              | FECHA NACIMIENTO | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                                                                        |   |   |   |   |  |  |  |   |
| Esmeraldas                                                  |   | Zambrano         |                                             | Brigitte                            |           | Stefania                                                |  | M                 | 20-11-1996       | 29   | <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                                              |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 0982921776                                                  |   |                  |                                             | <input checked="" type="checkbox"/> |           | <input type="checkbox"/>                                |  |                   |                  |      |                                                                                                                |   |   |   |   |  |  |  |   |
| 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                                                          |   | 1317             | 131750                                      | 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- 29 AÑOS.APF: MIOMATOSIS UTERINA MADRE.APP CLÍNICOS: NO REFIERE.APP QUIRÚRGICOS: CESÁREA 4- SALPINGECTOMÍA BILATERAL.AGO: MENARQUIA 12 AÑOS- G4 C4 HV4- CITOLOGÍA CERVICAL 8 AÑOS- FUM 15/12/2025- CICLOS IRREGULARES.PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MIOMATOSIS UTERINA- ACUDE REFERIDA DEL CENTRO DE SALUD- HOY NO PRESENTA REPORTE DE ECOGRAFIA.HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. ABDOMEN BLANDO- DEPRESIBLE- DOLOROSO DIFUSAMENTE EN HIPOGASTRIO - ALTURA DE FONDO UTERINO POR ENCIMA DE CICATRIZ UMBILICAL ATRIBUIDO A MIOMA GIGANTE RIG SE DFIERE. INDICACIONES GENERALES LABORATORIOS BH SE ENVIÁ REFERENCIA A CASA DE SALUD CON MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA-INDICACIONES GENERALES.-ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL PENDIENTE.-LABORATORIO: BH.-CITOLOGÍA CERVICAL TOMADA. |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ECOGRAFIA TRASNVAGINAL 22/01/2026ÚTERO 32*14*17 CM VOLUMEN UTERINO 4252 MLOVARIOS NO VALORABLES EN RELACION A MIOMA GIGANTECITOLOGIA CERVICAL 30/12/2025 NEGATIVO PARA LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSA |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                             | PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-02-04                            | 11:20           |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA           |               | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |