



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	H	D	M	A	
															X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO							
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		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X					
13		1305		130550		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 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 PREVIA DONDE SE IDENTIFICA ÚTERO LATERALIZADO- ENDOMETRIO FASE PROLIFERATIVA- MIOMA UTERINO FIGO 2- QUISTES UNILOCULAR OVÁRICO SIMPLE UNILATERAL DERECHO. ORADS II- QUISTE DE NABOTH. NIEGA FIEBRE-SECRECIÓN VAGINAL PATOLÓGICA- SÍNTOMAS URINARIOS O SIGNOS DE ANEMIA MANIFIESTA. ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA. SE OBSERVA BUEN ESTADO GENERAL. SE REALIZA REFERENCIA A HOSPITAL NAPOLEON DAVILA EN CHONE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ECOGRAFIA TRANSVAGINAL: OVARIO DERECHO: FORMA Y UBICACION NORMAL- TAMAÑO CONSERVADO-CARACTERÍSTICAS GENERALES CONSERVADAS- PRESENCIA DE IMAGENES EN S U INTERIOR DE ASPECTO REDONDEADO- ANECÓICAS-CON LEVE ESFUERZO ACUSTICO POSTERIOR- AVASCULARES AL EFECTO DOPPLER- SUGESTIVAS DE FOLICULOS MIDEN ENTRE 4 A 12MM EN CANTIDAD MAYOR A 8- MEDIDAS OVARIAS 3.36CM X 2.26 CM X 2.29 CM OVARIO IZQUIERDO: FORMA Y UBICACION NORMAL-TAMAÑO CONSERVADO- CARACTERÍSTICAS GENERALES CONSERVADAS- PRESENCIA DE IMAGENES EN S U INTERIOR DE ASPECTO REDONDEADO- ANECÓICAS- CON LEVE ESFUERZO ACUSTICO POSTERIOR- AVASCULARES AL EFECTO DOPPLER- SUGESTIVAS DE FOLICULOS MIDEN ENTRE 3 A 7 MM EN CANTIDAD MAYOR A 5- MEDIDAS OVARIAS 2.31CM X 1.61 CM X 1.95 CM ULTRASONIDO: ECOGRAFIA DE MAMA: LESION OCUPANTE DE ESPACIO INTRAMAMARIA DERECHA EN PROBABLE RELACION A FIBROADENOMA- LESION OCUPANTE DE ESPACIO INTRAAXILAR DERECHA EN PROBABLE RELACION A LIPOMA- MAMA DE TEJIDO TIPO B SEGUN ACR- BIRADS III ULTRASONIDO: SRANSDUCTOROGRAFIA TRANSVAGINAL EN EQUIPO MINDRAY Z60 DE ALTA GAMMA- CON TRANSDUCTOR INTRACAVITARIO- OBSERVANDO: ÚTERO: 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 24.4MM X 32-MM Y UN VOLUMEN DE 13.57CC UBICADA EN ZONA INTRAMURAL EN REGION ANTEROS SUPERIOR UTERINA. ENDOMETRIO: HIPERECOGENICO- LEVEMENTE ENGROSADO MIDE: 6.1MM. SE VISUALIZA A NIVEL DE CERVIX PRESENCIA DE IMÁGENES REDONDEADAS DE CONTENIDO ANECÓICO 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 ANECÓICO 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 VASCULARIZACION. 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 S U INTERIOR- RESTO DEL PARENQUIMA CON ADECUADA VASCULARIZACIÓN. NO SE EVIDENCIA LIQUIDO EN FONDO DE SACO DE DOUGLAS. CONCLUSIONES: ÚTERO LATERALIZADO Y EN AVF. ENDOMETRIO. FASE PROLIFERATIVA. MIOMA UTERINO FIGO 2. 45 QUISTES UNILOCULAR OVÁRICOS- SIMPLE UNILATERAL DERECHO. ORADS II. QUISTES DE NABOTH.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Leiomioma Submucoso Del Utero		D250		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-28	11:53	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	