



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-A	1307640175									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Zambrano	Rodriguez	Maria	Isabel	M	20-02-1974	52	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
09999999		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive							X
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 DE 52 AÑOS DE EDAD - AL MOMENTO ORIENTADA EN TIEMPO Y ES PACIO- HEMODINAMICAMENTE ES TABLE- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES : HIPERTENS A ANTECEDENTES GINECO-OBS TETRICOS : GESTAS : 4 PARTOS : 3 CESAREA: 1 - ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES : MADRE HIPERTENS A- DIABETICA - HABITOS : NO REFIERE - ALERGIA: ACUDE A CONSULTA CON UNA ECOGRAFIA TRANS VAGINAL EL CUAL REFIERE MIOMATOSIS UTERINO FIGO I Y QUISTES DE NABOTH - RECIBIO TRATAMIENTO CON CICYNONCE EL CUAL LE PROVOCO MENORRAGIA DE APROXIMADAMENTE 15 DIAS DE EVOLUCION MOTIVO POR EL CUAL SUSPENDIO EL FARMACO- ACTUALMENTE REFIERE DE DOLOR PELVICO --S E PRESCRIBE ACIDO TRANEXAMICO 500MG VO CADA 8 HORAS POR 3 DIAS - EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA: SANGRADO PROFUSO- MAREOS - PALIDEZ- CEFALEA- REPOSO RELATIVO-REFERENCIA PARA UNA MEJOR VALORACION INTEGRAL Y MANEJO CON GINECOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ULTRASONIDO: ECOGRAFIA TRANS VAGINAL -- UTERO: LATERALIZADO Y AVF - MIOMETRIO HETEROGENEO CON PRESENCIA DE IMAGENES REDONDEADAS DE ECOTEXTURA HIPOECOGENICAS MODERADAMENTE DENSAS BIEN DEFINIDAS - CONTORNOS Y BORDES REGULARES DIFERENCIADOS CON NEGATIVIDAD A DOPPLER COLOR- EL DE MAYOR TAMAÑO MIDE 27.3 MM X 13.5 MM X 19.7MM Y UN VOLUMEN DE 3.79CC UBICADOS EN ZONA ANTEROSUPERIOR E INFERIORES DE PARA INTRAMIOMETRIAL UTERINA - ENDOMETRIO: HIPERECOGENICO-LEVEMENTE EGRO ADO MIDE: 4.5MM -- S E VISUALIZA A NIVEL DE CERVIX PRESENCIA DE IMAGENES REDONDEADAS DE CONTENIDO ANECÓICO DE CONTORNOS Y BORDES LISOS REGUALES - CON AREAS DE REFORZAMIENTO ACUSTICO POSTERIOR Y NEGATIVIDAD A DOPPLER COLOR- EL DE MAYOR TAMAÑO MIDE 9.2 MM X 6.2 MM X 7.3 MM. EN RELACION A QUISTES DE NABOTH - DIAGNOSTICO: UTERO LATERALIZADO Y EN AVF. - MIOMATOSIS UTERINO FIGO I - QUISTES DE NABOTH.

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
2026-04-29	11:42	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	