



| 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           | Centro De Salud Tipo C Tosagua | CS-C                                                    | 1309305942                       |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                  | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |
| Macias                                                      | Macay            | Lucia                          | Leonor                                                  | M                                | 07-04-1979        | 47   | H                       | D | M | A |  |
|                                                             |                  |                                |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   | X |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |                                | REFERENCIA                                              | DERIVACIÓN MOTIVO                |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 0988795366                                                  |                  |                                | X                                                       |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  |                                | 1. Accesibilidad geográfica.                            |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 2. Falta de espacio físico.                             |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 3. Falta de equipamiento.                               |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 4. Equipos en mal estado.                               |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 5. Problemas de infraestructura.                        |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 6. Problemas de abastecimiento.                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
|                                                             |                  |                                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                      |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |
| 13                                                          | 1315             | 131550                         |                                                         |                                  |                   |      |                         |   |   |   |  |

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACIENTE DE 47 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR REVISIÓN DE ECOGRAFÍA TRANS VAGINAL QUE SE REALIZÓ EL 30/06/2026. QUE REPORTA MIOMAS UTERINOS. REFIERE LEVE DOLOR PELVICO- S ANGRADOS VAGINALES ABUNDANTES DURANTE DE LAMENS TRUACION. ANTECEDENTES QUIRURGICOS : MIOMECTOMIA HACE 1 AÑO. DOMICILIO: CALLE FEDERICO PAEZ- |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| NN                                                                |

| 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 (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2026-07-02                            | 10:03        | Yandry        | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |              |               |                 |                  |

| 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         |                 |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |