



| 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 De Calceta - Anibal Gonzales Alava |                           | HB                                 | 1311010027                                              |      |                  |                   |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO |           | PRIMER NOMBRE                                      |                           | SEGUNDO NOMBRE                     |                                                         | SEXO | FECHA NACIMIENTO | EDAD              | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| Zambrano                                                    | Zambrano         |           | Dolores                                            |                           | Francisca                          |                                                         | M    | 04-10-1979       | 46                | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  |           | REFERENCIA                                         |                           | DERIVACIÓN                         |                                                         |      |                  |                   |                         |   |   |   |
| 096-955-2041                                                |                  |           | 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                                                          | 1302             | 130250    |                                                    | 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 | Ginecología  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PCTE DE 46 AÑOS DE EDAD- REFERIDA DE CENTRO DE S ALUD POR MIOMA UTERINO-S IN EXAMENES -S IN ECOGRAFIA DE MAMA - FUM 5-3-2026-ANTECEDENTES PERSONALES : NO REFIERE- ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS : VES ICULA BILIAR Y S ALPINGECTOMIA-MAMDERECHA NODULO-ALERGIAS : NO RECONOCIDAS - ANTECEDENTES OBS TÉTRICOS : GES TAS 3 PARTOS 3 ABORTOS 0 CES ÁREAS 0 -MENARQUIA A LOS 14 AÑOS -ECOGRAFIAS : HACE 1 DIA CON MIOMA UTERINO DE 10 CM-PAPANICOLAU:NO -MAMOGRAFIA:NO-PCTE S EINDICA EXAMENES Y S E DECIDE REFERENCIA A HOS PITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |
|-------------------------------------------------------------------|
| UTERO CON MIOMA MAYOR A 10 CM                                     |

| E. DIAGNÓSTICO |                                | PRE= PRESUNTIVO<br>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 |
| 2026-03-26                            | 08:17        | Brissa        | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1312068727                            |              |               |                 |                  |

| 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |