

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	Eloy Alfaro		CS-A	1313562561											
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO		FECHA NACIMIENTO		EDAD		CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
														H	D	M	A
Pinargote		Almeida		Maria		Esther		M		23-03-1996		30					X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO		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						
0963786372																	
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																	
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA															
13	1303	130355															

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 30 AÑOS DE EDAD- FUM: PACIENTE REFIERE QUE NO LE HA LLEGADO LA MENSTRUACION- ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS. GESTAS: 2- CESAREAS: 2. HACE 4 AÑOS- ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES: NO REFIERE- ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES: PAPA DM2- ABUELOS PATERNOS DM2 Y HTA- ALERGIA: NO REFIERE- HABITOS: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. ACUDE A CONSULTA DE OBSTETRICIA CON ECOGRAFIATRANSVAGINAL Y PAP PARA REVISION- EN ECOGRAFIA TRANSVAGINAL SE REPORTA HEMATOMETRA. PACIENTE INDICA DESEARREFERENCIA PARA ESTERILIZACION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

----- ECOGRAFIA TRANSVAGINAL ----- ULTRASONIDO: SE REALIZA ECOGRAFÍA DE LA ESFERA GINECOLÓGICA POR VÍA TRANSVAGINAL OBSERVÁNDOSE. * ÚTERO: DE TAMAÑO CONSERVADO DE LOCALIZACIÓN PÉLVICA- CENTRAL- PIRIFORME EN ANTEROVERSION- DE CONTORNOS DEFINIDOS- PARÉNQUIMA MIOMETRIAL DE ECOTEXTURA HOMOGÉNEA- NO SE OBSERVAN IMÁGENES COMPATIBLES CON MIOMAS. * DIMENSIONES DE ÚTERO APROXIMADAS: - LONGITUDINAL: 6.79 CM. ANTEROPOSTERIOR: 3.72 CM. TRANSVERSAL: 4.03 CM. CUELLO UTERINO: CERRADO- DE CONTORNOS DEFINIDOS DE PARÉNQUIMA HOMOGÉNEO- NO SE OBSERVAN IMÁGENES PATOLÓGICAS EN SU INTERIOR. ENDOMETRIO: DE GROSOR Y ASPECTO ECOGRÁFICO CONSERVADO MIDE 0.51CM. EN EL INTERIOR DE LA CAVIDAD ENDOMETRIAL SE IDENTIFICA CONTENIDO HETEROGÉNEO- DE ASPECTO LÍQUIDO CON ECOS INTERNOS FINOS Y MÓVILES QUE MIDE 2.72 X1.27 X2.76 CM VOLUMEN DE 4-98ML - SIN EVIDENCIA DE VASCULARIZACIÓN AL DOPPLER COLOR. OVARIO DERECHO DE LOCALIZACIÓN PARAUTERINA- DE FORMA OVOIDEA- DE CONTORNO DEFINIDO- PATRÓN HIPOECOGÉNICO- ESTROMA HOMOGÉNEO- SIN QUISTES EN SU INTERIOR. DIMENSIONES: LONGITUDINAL: 2.22 CM - ANTEROPOSTERIOR 2.05 CM TRANSVERSAL 2.22 CM - VOLUMEN DE 5.32 ML.. * OVARIO IZQUIERDO DE LOCALIZACIÓN PARAUTERINA- DE FORMA OVOIDEA- DE CONTORNO DEFINIDO- PATRÓN HIPOECOGÉNICO- ESTROMA HOMOGÉNEO DIMENSIONES: LONGITUDINAL: 2.09 CM - ANTEROPOSTERIOR 1.40CM - TRANSVERSAL 2.28 CM - VOLUMEN DE 3.49 ML. NO SE OBSERVA CUERPO LÚTEO. NO SE OBSERVA LÍQUIDO LIBRE EN SACO DE DOUGLAS. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS: HALLAZGOS ECOGRÁFICOS COMPATIBLES CON COLECCIÓN INTRACAVITARIA ENDOMETRIAL FOCAL- DE CARACTERÍSTICAS SUGESTIVAS DE HEMATOMETRA CORRELACIONAR CON CLÍNICA Y ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS. SE SUGIERE CONTROL ECOGRÁFICO 10 DÍAS DESPUÉS DE MENSTRUACIÓN. ----- EXAMEN PAPANICOLAU ----- CITOLOGÍA: DATOS CLÍNICOS: CERVIX INFLAMADO + FLUJO VAGINAL EN POCA CANTIDAD. FUM: 22/03/2026- EMBARAZADA: NO- LACTANCIA: NO. ASPECTO DE CUELLO: INFLAMATORIO.

E. DIAGNÓSTICO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	Esterilizacion		Z302		X	4.				
2.						5.				
3.						6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-05-14	11:47	Milton	Barreto	Chica
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1312587668				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÒN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÒN 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	