

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA			UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP			1410	HBAGA		B	0 802778860			0 802778860						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
											H	D	M	A		
ZAMBRANO		ZAMBRANO		DOLORES		ALEXANDRA		F		40				X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO								
0939136905																
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 resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA		CANTÓN													PARROQUIA	
MANABI		BOLIVAR													CALCETA	

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

PACIENTE DE 40 AÑOS EDAD, CON ANTECEDENTE GINECOOBSTETRICO DE TRES EMBARAZOS, TRES CESAREAS, ANTECEDENTE DE CONIZACION POR LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRADO. REFIERE CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE DOS AÑOS DE EVOLUCION CARCTERIZADO POR SANGRADO TRANSVAGINAL PERSISTENTE DE PATRON IRREGULAR DE INTENSIDAD VARIABLE.
ECOGRAFIA REPORTA UTERO AUMENTADO DE VOLUMEN DE 500 ML, DE ASPECTO HETEROGENEO, ENDOMETRIO NO VALORABLE POR INTERPOSICION DE MIOMAS. CITOLOGIA DE CERVIX DEL 2024 REPORTADA COMO FROTIS INFLAMATORIO SEVERO.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	MIOMA UTERINO		D25		X	4.			
2.	DISPLASIA DE CUELLO UTERINO NO ESPECIFICADA		N87.2		X	5.			
3.						6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/11/21	15:50	DR MAURICIO	VELASQUEZ	VEGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1312163874				

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI	X	NO	
CONTRAREFERENCIA				☐				REFERENCIA INVERSA				☐			

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.				
2.					5.				
3.					6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO