TIPO DE SANGRE: O+ HIV: NEGATIVO VDRL: NEGATIVO HEPATITIS B: NEGATIVO HEPATITIS C: NEGATIVO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA **COORDINACIÓN ZONAL 4**

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	**4443**	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE	B	**802826487**	**802826487**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
ANCHICO	SANCHEZ	DOMINGA	CONCEPCION	F	06/12/1981	42				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA
991846530-0993561865	NO APORTA

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	ROCAFUERTE	ROCAFUERTE

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 resolutiva
9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios X

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE FEMENINA 42 AÑOS APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE APQX SALPINGECTOMIA BILATERAL ALERGIAS NO REFIERE G3P3 HV: 3 FUM1/11/2024 MENARQUIA: 14 AÑOS PAP TEST HACE 8 AÑOS PF: SBL , ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR MENSTRUACIONES EXCESIVAS , DE LARGA DURACION (8 DIAS) , ACOMPAÑADO DE DOLOR A NIVEL DE HIPOGASTRIO LADO DERECHO

Se solicita valoración por especialista en ginecologia

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ECOGRAFIA 14/10/2024 UTERO POCO AUMENTADO DE TAMAÑO, PAREDES ENGROSADAS CON PRESENCIA DE 3 IMÁGENES DE FORMA OVALADA/REDONDEADA COMPATIBLE CON MIOMAS EL MAYOR MIDE 5.82X4.05X5.43CM VOL.67CC SEGUN CLASIFICACIÓN DE FIGO, ENDOMETRIO HETEROGENEO OVARIOS SIN PATOLOGIA

HEMOGLOBINA 13.3 g/dL HEMATOCRITO 40.9 % PLAQUETAS 264000

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	MIOMATOSIS UTERINA	D250		X	4.		Z302		
2.					5.		E660		
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
18/11/2024	13H19	MARIA	BAUTISTA	TIPAN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1721187605	Firmado electrónicamente por: MARIA FERNANDA BAUTISTA TIPAN	

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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

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