

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	923500672							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
VELEZ		GARCIA		ERCELIA		MARILU		F	10/08/1981	44				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		X	DERIVACIÓN		MOTIVO					
0992269091														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.								
MANABI		BOLIVAR		JUNIN										

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

PAPANICOLAO NO REPORTA ALTERACIONES CELULARES, BIOMETRIA HEMATICA RESPONDA 13 MG/DL, QUIMICA SANGUINEA DENTRO PARAMETROS NORMALES. SE REALIZA ULTRASONIDO PELVICO, SE EVIDENCIA UTERO AUMENTADO DE VOLUMEN DE ESTRUCTURA HETEROGENA Y BORDES IRREGULARES DE APROXIMADAMENTE 180 CC, ENDOMETRIO NO VALORABLE. ANEXOS UTERINO DE VORMA Y TAMAÑO CONSERVADOS.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	MIOMA UTERINO	D25		X	4.				
2.					5.				
3.					6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/12/15	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				☐			

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	