

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

UNICÓDIGO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

hospital Natalia Huerta Nimes

TIPOLOGIA

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1306287309

NÚMERO DE ARCHIVO

1306287309

PRIMER APELLIDO

Vera

SEGUNDO APELLIDO

CEDEÑO

PRIMER NOMBRE

VICKSY

SEGUNDO NOMBRE

ELEONORA

SEXO

F

FECHA NACIMIENTO

19/12/70

EDAD

54

CONDICIÓN EDAD (MARCAR)

H

D

M

A

REFERENCIA

X

DERIVACIÓN

N

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

00992291078

0968628753

PROVINCIA

MANABI

CANTÓN

ROCAFUERTE

PARROQUIA

ROCAFUERTE (VALDEZ)

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA

MSP

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

HOSPITAL NAPOLEON DAVILA

SERVICIO

CONSULTA EXTERNA

ESPECIALIDAD

GINECOLOGIA

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 40 AÑOS DE EDAD REFIERE CUADRO CLINICO DE METRORRAGIA DESDE HACE 1 AÑO. AL MOMENTO REFIERE QUE UN MES HA PRESENTADO 3 MENSTRUACIONES CONSECUTIVAS QUE TIENE DURACION DE 3 A 15 DIAS POR LO CUAL HACE 24 HORAS PRESENTO MAREO, CEFALEA, ASTENIA, HIPOREXIA Y DISPESIA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE ORIENTADA, PALIDEZ MARCADA CON DECAIMIENTO GENERAL. SIGNOS VITALES ESTABLES. AL MOMENTO TIENE UNA SEMANA SIN SANGRADO ACTIVO. SE SUGIERE VALORACION Y TRATAMIENTO DE ESPECIALIDAD.

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

ECOGRAFIA TRANSVAGINAL: SE OBSERVA IMAGEN HIPOECOGENICA, CIRCULAR EN EL FONDO UTERINO A NIVEL SUBCEROSO EN CARA ANTERIOR DE 1.6CM X 1.4CM Y A NIVEL INTRAMURAL OTRA IMAGEN HIPOECOGENICA DE 2.5CM X 1.5CM. UTERO FIBROMATOSO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1.

3.

LEIOMIOMA SUBSEROSE DEL UTERO

D252

FECHA (aaaa-mm-dd)

2025/02/11

HORA (hh:mm)

11H00

PRIMER NOMBRE

PRIMER APELLIDO

CUADRADO

SEGUNDO APELLIDO

GAMBOA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

910337450

FIRMA

firmado electrónicamente por:

RUTH_ALEJANDRINA

CUADRADO GAMBOA

SELLO

REFERENCIA JUSTIFICADA

SI

NO

DERIVACIÓN JUSTIFICADA

SI

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)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO

DEF= DEFINITIVO

CIE

PRE

DEF

CIE

PRE

DEF

1.

2.

3.

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

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA