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		HAGA	B	1307653095	1307653095

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR) H	D	M	A
BRAVO	SALTOS	DEMERIS	VERENICIA	F	26-10-1974	51				X

No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
0979504738	MANABI	BOLIVAR	JUNIN

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. [X]
6. Problemas de abastecimiento. [ ]
7. Insuficiencia de profesionales. [ ]
8. Inadecuada capacidad resolutiva [X]
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		CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

CUADRO CLINICO

PACIENTE DE 51 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE GINECOBSTETRICO DE CINCO EMBARAZOS, DOS ABORTOS, TRES PARTOS, AQX SALPINGECTOMIA PARCIAL BILATERAL. REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR METRORRAGIA DE INTENSIDAD VARIABLE DE TRES AÑOS DE EVOLUCION, QUE SE ACOMPAÑA DE DOLOR PELVICO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

PAPANICOLAU NO REPORTA ALTERACIONES CELULARES

BIOPSIA DE ENDOMETRIO REPORTA MUCOSA ENDOMETRIAL DE ASPECTO POLIPOIDE, SIN CAMBIOS NEOPLASICO MALIGNO

SE REALIZA ULTRASONIDO PELVICO, SE EVIDENCIA UTERO AUMETRADO DE VOLUMEN DE ESTRUCTURA HETEROGENEA DE 140 ML, ESPESO DE ENDOMETRIO 0.8 CM. ANEXOS UTERINO DE FORMA Y VOLUMEN CONSERVADO

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO
DEF= DEFINITIVO

		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	SANGRADO UTERINO ANORMAL	N939		X	4.				
2.	UTERO FIBROMATOSO	D259		X	5.				
3.					6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
05//01/2025	15:00	MAURICIO	VELASQUEZ	VEGA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO
1312163874	Firmado electrónicamente por: MAURICIO RENE VELASQUEZ VEGA Validar únicamente con FirmaEC	

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	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