

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1314	ESTABLECIMIENTO DE SALUD HOSPITAL BASICO SAN ANDRES	TIPOLOGIA II	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1307964997	NÚMERO DE ARCHIVO 41-1-25
PRIMER APELLIDO Munillo	SEGUNDO APELLIDO Vaca	PRIMER NOMBRE Angela	SEXO F	FECHA NACIMIENTO 21/09/77	EDAD 46
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0999390915		REFERENCIA X	DERIVACIÓN MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive. 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.		
PROVINCIA Manabí	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Plano Alto Plano Alto	1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital Vapora Daunta	SERVICIO Consulta externa	ESPECIALIDAD Ginecología
--------------------------------	--	------------------------------	-----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 46 años G3C1P2 con sangrados uterinos anormales y miomatosos uterino ante antecedente HASC menarrea con los últimos sangrados. Se solicita valoración ginecológica para buster uterino abdominal.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Ultrasonido 13/04/26 → LU 10.43 HB 13.6 HT 249
USG TV → 06/04/26 útero fibromatoso con miomato de 4cm en cara posterior del fondo del útero endometrio antral 7mm.

E. DIAGNÓSTICO

	PRE-RESUMEN DEF=DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Miomatosis uterina		D15		X	4.			
2. Hipertensión arterial		J10			5.			
3. Sangrados uterinos anormales		N939		X	6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día) 13/04/26	HORA (hh:mm) 15:10	PRIMER NOMBRE Dra Melany	PRIMER APELLIDO Gallardo	SEGUNDO APELLIDO Jaramillo
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1312818873	FIRMA 	Sello profesional Dra. Melany Gallardo GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA Reg. Semestral: 4841254233		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	S	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	S	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 (año-mes-día)
-------------------------	--------------------------	----------	---------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO		
----------------------------	--	--

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS		
--	--	--

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS		
---	--	--

F. DIAGNÓSTICO

	PRE-RESUMEN 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

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE		
--	--	--

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		