

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                                   | 1246              | CS. TOSAGUA              | C              | 1309403713                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE | SEXO                                                    | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| HIDALGO                               | SALAZAR           | MONSERRATE               | ISABEL         | F                                                       | 19/04/1982        | 43   | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA               |                | DERIVACIÓN                                              |                   |      |                         |   |   |   |
| 0979174501 / 0990097527               |                   |                          | X              |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
|                                       |                   |                          |                | 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                      |                   | X    |                         |   |   |   |
|                                       |                   |                          |                | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                   |      |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                |                |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                  |                |                                                         |                   |      |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                                         |                  |              |
|-------------------------|-----------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | HOSPITAL DE CHONE "Dr. NAPOLEÓN DÁVILA" | CONSULTA EXTERNA | GINECOLOGIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

FEMENINA DE 43 AÑOS CON ANTECEDENTES PATOLOGICO DE ADENOMA HIPOFISIARIO CON TTO DE CARBEGOLINA 0,5MG CADA LUNES Y JUEVES.

ACUDE POR HIPERPOLIMENORREA DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN CONCOMITANTE DOLOR PELVICO. MALESTAR GENERAL.

AL EX. FISICO: SE OBSERVA PTERIGIUM DE OJO DERECHO BILATERAL G"II. MUCOSAS NORMOCROMICAS AR: MV NORMAL, ACV: RScRs/S.- SIGNOS VITALES NORMALES

AL RASTREO ECOGRAFICO: UTERO NO GESTANTE TAMAÑO NORMAL, ENDOMETRIO LINEAL LLAMA LA ATENCIÓN QUISTE SIMPLE EN OVARIO DERECHO DE 3 x4 cm DE DIAMETRO

TAMBIEN IMPRESIONA MIOMA SUBSEROSOS A NIVEL DE FONDO DE URTERO..?

SE LE INDICA RECOMENDACIONES GENERALES... Y REFERENCIA A II NIVEL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

AL RASTREO ECOGRAFICO: UTERO NO GESTANTE TAMAÑO NORMAL, ENDOMETRIO LINEAL LLAMA LA ATENCIÓN QUISTE SIMPLE EN OVARIO DERECHO DE 3 x4 cm DE DIAMETRO

TAMBIEN IMPRESIONA MIOMA SUBSEROSOS A NIVEL DE FONDO DE URTERO..?

| E. DIAGNÓSTICOS                                       | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO |                                                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------|--------|------------|------------|-------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| 1 QUISTE EN DESARROLLO DEL OVARIO                     | Q501   | X          |            | 4 LEIOMIOMA SUBSEROSO DEL UTERO                       | D252   | X   |     |
| 2 TUMOR BENIGNO DEL OVARIO                            | D27X   | X          |            | 5 TUMOR BENIGNO DE OTRAS GLANDULAS ENDOCRINAS ESPECII | D357   |     | X   |
| 3 MENSTRUACION EXCESIVA Y FRECUENTE CON CICLO REGULAR | N920   |            | X          | 6 GALACTORREA                                         | O926   |     | X   |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |               |                 |                 |                  |
|---------------------------------------|---------------|-----------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)  | PRIMER NOMBRE   | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 02/10/2025                            | 4:00:00 p. m. | LUIS ABEL       | MARTINEZ        | CASTRO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA         | SELLO           |                 |                  |
| 1803403326                            |               | MEDICO FAMILIAR |                 |                  |

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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

| F. DIAGNÓSTICO | 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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |