

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         | 1309437067                       |                  | 1309437067                                                                                                                                                             |                         |   |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO |                          | PRIMER NOMBRE |           | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO | EDAD                                                                                                                                                                   | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |   |
| LOOR                                  |  | FRANCO           |                          | MARIA         |           | DEL CARMEN                       | F                | 22-01-1981                                                                                                                                                             | 44                      | H | D | M | A |
|                                       |  |                  |                          |               |           |                                  |                  |                                                                                                                                                                        |                         |   |   |   | X |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  |                  |                          | REFERENCIA    |           | DERIVACIÓN                       |                  | MOTIVO                                                                                                                                                                 |                         |   |   |   |   |
| 0997729885                            |  |                  |                          | X             |           |                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura.              |                         |   |   |   |   |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN           |                          | PARROQUIA     |           |                                  |                  | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutive<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                         |   |   |   |   |
| MANABI                                |  | BOLIVAR          |                          | CALCETA       |           |                                  |                  | X                                                                                                                                                                      |                         |   |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                                  |  |                  |  |              |  |
|-------------------------|--|----------------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD         |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL NAPOLEON DAVILA - CHONE |  | CONSULTA EXTERNA |  | GINECOLOGIA  |  |

CUADRO CLINICO

PCTE DE 44 AÑOS.HO:G0,NO ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES ARTRITIS REUMATOIDEA, HOY SE VALORA POR TRASTORNOS MENSTRUALES, CON ECOGRAFIA QUE INFORMA MIOMAS UTERINOS MULTIPLES,PCTE EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO,SE EXAMENES PARA VALORAR MIOMECTOMIA ,SE DECIDE REFERENCIA A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD YA QUE TENEMOS QUIROFANO INOPERATIVO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

ECOGRAFIA DE 4-12-2025 CON MIOMAS EN NUMERO DE 3 EL MAYOR DE 29 MM X 27 MM.

HB 11.8 GDL

E. DIAGNOSTICO

|    |                    |      |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--------------------|------|-----|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. | LEIOMIOMA DE UTERO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |                    | D251 |     | X   | 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |                    |      |     |     | 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |                    |      |     |     | 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |  |              |  |               |  |                 |  |                  |  |
|---------------------------------------|--|--------------|--|---------------|--|-----------------|--|------------------|--|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    |  | HORA (hh:mm) |  | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
| 12/01/2026                            |  | 11:00        |  | OLIENNIS      |  | CHAVEZ          |  | PEREZ            |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |  | FIRMA        |  | SELLO         |  |                 |  |                  |  |
| 0960091445                            |  |              |  |               |  |                 |  |                  |  |

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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

|    |  |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|-----|-----|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. |  | CIE | PRE | DEF |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |     |     |     | 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |     |     |     | 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    |  |     |     |     | 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         |  |                 |  |                  |  |
|                                       |  |              |  |               |  |                 |  |                  |  |

SNS-MSPHCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA

##