

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO																			
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA		1246	C. S TOSAGUA	TIPO C	1309463782		1309463782																			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																		
QUIROZ	MURILLO	ZENNI		MONSERRATE	M	14/07/1975	49	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X										
H	D	M	A																							
			X																							
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN																					
0980436761		NO APORTA		X																						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL																										
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		MOTIVO																					
MANABI		TOSAGUA	TOSAGUA		<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td></td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td></td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td></td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td></td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td></td></tr><tr><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td></td></tr><tr><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td></td></tr><tr><td>8. Inadecuada capacidad resolutive.</td><td>X</td></tr><tr><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td></td></tr></table>				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	
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																										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 49 AÑOS QUE PRESENTAR HIPERMENORREA ACOMPAÑADA DE DOLOR PÉLVICO DE INTENSIDAD 9/10 ACOMPAÑADO DE NAUSEAS VOMITOS Y DESCOMPENSACION DE SU ESTADO GENERAL DE SALUD, SE REALIZA RASTREO ECOGRAFICO DONDE SE EVIDENCIAN ESTRUCTURAS CON CARACTERISTICAS DE MIOMAS A NIVEL DE CUERPO UTERINO, SE SOLICITA VALORACION POR GINECOLOGIA

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. LEIOMIOMA DEL UTERO SIN OTRA ESPECIFICACION	D259		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
14/11/2024	14:13:00	FELIX	VELIZ	GILER
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1309637757			DISTRITO DE SANTIAGO 13012 Félix Humberto Giler MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA 2022-2414983 Dr. ESPECIALISTA EN REG. SENECSYT: 1027	

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	TIPOLOGÍA	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 EXAMENES 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	