

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 |                                    |                                                         |   |   |   |  |
| MINISTERIO DE SALUD PUBLICA           |  | 1246              | C. S TOSAGUA             |                                  | TIPO C    | 1309552683                       |            | 1309552683        |                                    |                                                         |   |   |   |  |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                          | PRIMER NOMBRE                    |           | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO       | FECHA NACIMIENTO  | EDAD                               | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                 |   |   |   |  |
| SOLORZANO                             |  | LAAZ              |                          | ANGELA                           |           | MARIA                            | F          | 05/05/1977        | 47                                 | H                                                       | D | M | A |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                          | REFERENCIA                       |           | X                                | DERIVACIÓN |                   |                                    |                                                         |   |   |   |  |
| 0987473834-0964114097                 |  | NO SEGURO         |                          | 1. Accesibilidad geográfica.     |           |                                  | MOTIVO     |                   | 6. Problemas de abastecimiento.    |                                                         |   |   |   |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                          | 2. Falta de espacio físico.      |           |                                  |            |                   | 7. Insuficiencia de profesionales. |                                                         |   |   |   |  |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                          | PARROQUIA                        |           |                                  |            |                   |                                    | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |   |   |   |  |
| MANABI                                |  | TOSAGUA           |                          | TOSAGUA                          |           |                                  |            |                   |                                    | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |   |   |   |  |
|                                       |  |                   |                          | 3. Falta de equipamiento.        |           |                                  |            |                   | X                                  |                                                         |   |   |   |  |
|                                       |  |                   |                          | 4. Equipos en mal estado.        |           |                                  |            |                   | X                                  |                                                         |   |   |   |  |
|                                       |  |                   |                          | 5. Problemas de infraestructura. |           |                                  |            |                   |                                    |                                                         |   |   |   |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                             |  |                          |  |                  |  |              |  |
|-----------------------------|--|--------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA     |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MINISTERIO DE SALUD PUBLICA |  | H. NAPOLEON DAVILA       |  | CONSULTA EXTERNA |  | GINECOLOGIA  |  |

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS DE EDAD, ACUDE A LA UNIDAD CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA CARCTERIZADO POR DOLOR DE MODERADA INTENSIDAD EVA 7/10 QUE SE LOCALIZA EN HIPOGASTRIO Y QUE SE ACOMPAÑA DE SANGRADO DE MODERADA CUANTIA DE COLOR ROJO RUTILANTE, PACIENTE CON ANTECEDENTES DE MIOMATOSIS UTERINA. PACIENTE AL MOMENTO AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE CON PERSISTENCIA DEL CUADRO CLINICO. SE SOLICITA VALORACION CON ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

PACIENTE NO CUENTA CON RECURSOS ECONOMICOS PARA EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS

E. DIAGNÓSTICO

|                                    |                                              |      |     |     |    |  |     |     |     |
|------------------------------------|----------------------------------------------|------|-----|-----|----|--|-----|-----|-----|
| PRE= PRESUNTIVO<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 2024-12-12                            | 11:00:00        | FELIX         |  | VELIZ           |  | GILER                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 1309637757                            |                 |               |  |                 |  | <br>DISTRITO DE SALUD 13D12<br>Dr. Félix Humberto Véliz Giler<br>ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA<br>REG. SENESCYT: 1027-2022-2414963 |  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |                          |  |                    |                        |                          |    |  |  |
|------------------------|----|--------------------------|--|--------------------|------------------------|--------------------------|----|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO                       |  |                    | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |  |  |
| CONTRAREFERENCIA       |    | <input type="checkbox"/> |  | REFERENCIA INVERSA |                        | <input type="checkbox"/> |    |  |  |

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<br>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<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO |  | SEGUNDO APELLIDO |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         |  |                 |  | SELLO            |  |
|                                       |                 |               |  |                 |  |                  |  |