

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	C. S TOSAGUA		TIPO C	1309572327								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
											H	D	M	A
QUIJJE		LUCAS		ROSA		ESPERANZA		F	20/12/1977	45				X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0959783029		NO				X		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.				X X						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA												

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	GINECOLOGIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO
PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 47 AÑOS DE EDAD, CON APP DE HTA LOSARTAN 100 MG MAS AMLODIPINO 10 ,MG DIARIOS, AGO: G0A0P0C0. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD PARA CONTROL CON ECOGRAFIA DONDE SE EVIDENCIA ÚTERO ANTEVERSIÓ FLEXO, DE BORDES IRREGULARES, MIOMETRIO HETEROGENEO, POR MÚLTIPLES, IMAGENES NODULARES, BIEN DEFINIDAS AL DOPPLER COLOR VASCULARIDAD PERIFERICA, LOS MAYORES DE 4CM, MIOMAS TIPO 2-5 EN LA CLASIFICACION DE FIGO. ENDOMETRIO NO SE VALORA, ANEXO NO SE VALORAN. ESPACIOS ABDOMINALES LIBRES. AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUEN ESTADO GENERAL., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES 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
2025/01/27	09.20	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

G.EVALUACIÓN DELA 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 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